

**PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE
BEI DER KORONAREN
HERZKRANKHEIT:**

**PERSÖNLICHKEIT, VORBESTEHENDE
EMOTIONALE BELASTUNGEN,
REAKTIONEN AUF DIE ERKRANKUNG**

Martin Grempel



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554624_0015

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Vorstand: Prof. Dr. H. Hippus

PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE BEI
DER KORONAREN HERZKRANKHEIT:

PERSÖNLICHKEIT, VORBESTEHENDE EMOTIONALE BELASTUNGEN,
REAKTIONEN AUF DIE ERKRANKUNG

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Martin Grempel

1985

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. H. Hippius
Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. E. Buchborn
Betreuung durch: Dr. med. S. Richert

Dr. med. A. Strauß

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 9. 5. 1986

Meinen Eltern

The animal's heart is the basis of its life
... the sun of its microcosm; on the heart
all its activity depends, from the heart all
its liveliness and strength arise.

WILLIAM HARVEY, 1628

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

Seite

E I N F Ü H R U N G

1

M E T H O D I K

2

H A U P T T E I L / E R G E B N I S S E

4

I. DIE PRIMÄR- ODER RISIKOPERSÖNLICHKEIT BEI
DER KORONAREN HERZKRANKHEIT

4

- | | |
|---|----|
| 1. Die Entwicklung eines Persönlichkeits-
modells für die koronare Herzkrankheit | 4 |
| 2. Das Typ A Persönlichkeits- und Verhal-
tensmuster von Friedman und Rosenman | 7 |
| 2. 1 Entwicklung und Entstehung des
Konzepts | 7 |
| 2. 2 Definition und Manifestation des
Typ A Modells | 8 |
| 2. 2. 1 Allgemeines | 8 |
| 2. 2. 2 Die Eigenarten der Typ A
Persönlichkeit nach Fried-
man und Rosenman | 10 |
| 2. 2. 3 Weitere Aspekte zur Typ A
Persönlichkeit | 13 |
| 2. 2. 4 Zwei Fallbeispiele | 15 |

	Seite
2. 3 Methoden zur Erfassung des Typ A Verhaltens	21
2. 4 Die Beziehung zwischen dem Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster und der koronaren Herzkrankheit	26
2. 5 Die Beziehung des Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmusters zu physiologischen und klinisch-chemischen Befunden	32
2. 6 Kritik am Typ A Modell	34
2. 7 Kurze Zusammenfassung zum Typ A Modell einer koronaren Risikopersonlichkeit	35
3. Andere Ergebnisse zur Primärpersönlichkeit von Koronarkranken in einer Literaturübersicht ab 1960 und anhand von eigenen Fallbeispielen	37
3. 1 Indirekte Bestätigung des Typ A Modells durch die Ergebnisse der Amsterdamer Psychosomatischen Gruppe	37
3. 2 Merkmale zwanghafter Rigidität	41
3. 3 Narzißtische Beeinträchtigung im Identitäts- und Selbstwertgefühl	48
4. Eine zusammenfassende tabellarische Literaturübersicht zur Primär- oder Risikopersonlichkeit bei der koronaren Herzkrankheit	53

II. VORBESTEHENDE EMOTIONALE BELASTUNGEN BEI 57
DER KORONAREN HERZKRANKHEIT AM BEISPIEL
DES HERZINFARKTS

1. Längerfristige emotionale Belastungen 57
(mit Fallbeispielen)
2. Akute emotionale Belastungen 60
(mit Fallbeispielen)
3. Die Bedeutung emotionaler Faktoren 62
beim Herzinfarkt in einer Zusammen-
fassung

III. PSYCHISCHE REAKTIONEN AUF DIE KORONARE 64
HERZKRANKHEIT AM BEISPIEL DES HERZIN-
FARKTS

1. Allgemeines zu den drei Hauptreaktionen: 64
Angst, Depression, Verleugnung
2. Spezielle Aspekte zur Verleugnung 69
mit Fallbeispielen
3. Spezielle Aspekte zur Angst und Depres- 79
sion mit Fallbeispielen
4. Eine Zusammenfassung wesentlicher Er- 87
gebnisse zu den psychischen Reaktionen
auf einen Herzinfarkt

D I S K U S S I O N 89

I. DIE PRIMÄR- ODER RISIKOPERSÖNLICHKEIT BEI 89
DER KORONAREN HERZKRANKHEIT

	Seite
II. <u>VORBESTEHENDE EMOTIONALE BELASTUNGEN BEI</u> <u>DER KORONAREN HERZKRANKHEIT AM BEISPIEL</u> <u>DES HERZINFARKTS</u>	99
III. <u>PSYCHISCHE REAKTIONEN AUF DIE KORONARE</u> <u>HERZKRANKHEIT AM BEISPIEL DES HERZIN-</u> <u>FARKTS</u>	102
<u>A U S B L I C K U N D S C H L U S S</u>	108
<u>Z U S A M M E N F A S S U N G</u>	110
<u>L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S</u>	116
<u>A N H A N G</u>	140

E I N F Ü H R U N G

Die koronare Herzkrankheit in ihren klinischen Manifestationsformen Herzinfarkt und Angina Pectoris war noch bis Anfang des 20. Jahrhunderts eine eher seltene Erkrankung.¹⁰⁶ Heute ist die koronare Herzkrankheit eine der häufigsten Todesursachen in den Industrienationen der Welt. In der Bundesrepublik Deutschland beispielsweise sterben in jedem Jahr mehr als 80 000 Menschen an einem Herzinfarkt.¹⁷ Die klassischen organischen Risikofaktoren wie Rauchen, Hypertonie, Hyperlipidämie und Diabetes mellitus sind zusammen nur für schätzungsweise die Hälfte aller Fälle von koronarer Herzkrankheit verantwortlich.⁹³ Darüberhinaus dürfte neben gesellschaftlichen Einflüssen auch psychischen und emotionalen Faktoren eine wesentliche Bedeutung zukommen.¹²⁶ Tatsächlich haben seit der ersten detaillierten klinischen Beschreibung der "Angina Pectoris" durch den Engländer William Heberden (" Some Account of a Disorder in the Breast ", 1772) immer wieder einzelne Ärzte auf einen Zusammenhang zwischen Psyche, Emotionalität und koronarer Herzkrankheit aufmerksam gemacht.⁹⁷ Im 20. Jahrhundert haben sich dann zahlreiche psychosomatische Studien in einem wissenschaftlichen Ansatz mit der koronaren Herzkrankheit befaßt. In einer primär organbezogenen Medizin werden freilich auch heute noch psychosomatische Aspekte bei der koronaren Herzkrankheit in der Praxis häufig vernachlässigt; gerade im Krankenhaus wird die koronare Herzkrankheit oft nur als eine rein organische Krankheit behandelt, die Folge einer Koronarsklerose ist. Dies ist schon unter kulturpsychologischen Gesichtspunkten nicht gerechtfertigt: Das Herz galt und gilt in vielen Kulturen als die Triebkraft des Lebens, das Zentrum der Persönlichkeit und als das wichtigste und edelste Organ des Menschen.^{45,105}

M E T H O D I K

Die vorliegende Arbeit faßt verschiedene psychosomatische Aspekte zur Pathogenese und zum Verlauf der koronaren Herzkrankheit in einer Untersuchung zusammen:

Dabei geht es zunächst um die Frage der Primär- oder Risikopersönlichkeit bei der koronaren Herzkrankheit insgesamt. Dann soll am Beispiel des Herzinfarkts die Bedeutung vorbestehender emotionaler Belastungen für die koronare Herzkrankheit untersucht werden. In einem dritten Abschnitt werden - wiederum am Beispiel des Herzinfarkts - mögliche psychische Reaktionen auf die koronare Herzkrankheit behandelt.

Großer Wert wird im Rahmen der Arbeit darauf gelegt, die Ergebnisse in der psychosomatischen Literatur jeweils zu eigenen Fallbeispielen in Beziehung zu setzen und im Zusammenhang zu diskutieren. Gerade in der psychosomatischen Medizin sind Fallbeispiele besonders anschaulich und werden dem einzelnen Patienten mehr gerecht als aufwendige statistische Untersuchungen.

Die 12 in der vorliegenden Arbeit verwendeten eigenen Fallbeispiele stützen sich auf eine Auswertung von Untersuchungsberichten des psychiatrischen Konsiliardienstes im Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität München aus den Jahren 1981 bis 1983 und stellen eine exemplarische Auswahl dar.

Insgesamt wurden im Klinikum Großhadern in den Jahren 1981 bis 1983 etwa 70 psychiatrische Konsiliaruntersuchungen an Koronarkranken (meist Infarktpatienten) durchgeführt; die Konsile wurden zum überwiegenden Teil von der I. Medizinischen Klinik (Direktor: Prof. Dr. G. Riecker) veranlaßt.

Nur selten erfolgte die Konsiliaruntersuchung aus Gründen, die nicht mit der koronaren Herzkrankheit in Zusammenhang stehen.

Die hauptsächlichen Beweggründe für die Konsultation eines Psychiaters lassen sich in zwei Gruppen einteilen:

Zum einen wurde ein psychiatrisches Konsil bei den Koronarpatienten mit der Fragestellung nach krankheitsfördernden Persönlichkeitsmerkmalen oder eventuell vorbestehenden emotionalen Belastungen angefordert.

Zum anderen waren es vor allem Ängste, Depressionen und andere psychische Reaktionen auf die koronare Erkrankung, die die Einbeziehung des Psychiaters in die Betreuung der Patienten erforderlich machten.

HAUPTTEIL / E R G E B N I S S E

I. DIE PRIMÄR- ODER RISIKOPERSÖNLICHKEIT BEI DER KORONAREN HERZKRANKHEIT

In der vorliegenden Arbeit wird zunächst das Problem der Primär- oder Risikopersönlichkeit für die koronare Herzkrankheit insgesamt - d. h. für Herzinfarkt u n d Angina Pectoris - untersucht.

1. Die Entwicklung eines Persönlichkeitsmodells für die koronare Herzkrankheit

Die Entwicklung von Persönlichkeitsmodellen in der Medizin geht bis auf Hippokrates (um 400 vor Chr.) und Galen (um 200 nach Chr.) zurück. Mit ihrer Einteilung in Phlegmatischer, Choleriker, Sanguiniker und Melancholiker versuchen sie als erste, einzelne Körper- und Krankheitszustände mit bestimmten Persönlichkeitszügen in Verbindung zu setzen. ⁷⁶

Für die koronare Herzkrankheit ist es der berühmte englische Arzt William Osler ¹¹⁴, der erstmals so etwas wie ein Persönlichkeitsprofil formuliert. Osler behauptet, er könne vielfach aus Erscheinungsbild und Auftreten der Patienten in seiner Praxis eine Verdachtsdiagnose auf koronare Herzkrankheit stellen, und schreibt 1910 (S. 839):

" Es ist nicht die zarte neurotische Persönlichkeit, die zur Angina neigt ^{x)}, sondern der seelisch und körperlich robuste,

x) Wenn Osler von Angina spricht, meint er die koronare Herzkrankheit (Angina Pectoris und Infarkt) insgesamt

energische und ehrgeizige Mann, bei dem die Maschinenzeiger immer auf ' volle Geschwindigkeit voraus ' stehen. Es gibt in der Tat ein Erscheinungsbild, das einen sofort an Angina denken läßt - der drahtige Mann so zwischen 45 und 55 Jahren mit militärischem Auftreten, stahlgrauem Haar und blühendem Gesichtsausdruck. "

Während von Oslers unmittelbaren Nachfolgern der möglichen Rolle der Persönlichkeit in der Pathogenese der koronaren Herzkrankheit noch wenig Beachtung geschenkt wird, beschäftigen sich mit den Menningers¹⁰⁴ erstmals Psychiater mit diesem Problem. Sie betonen - ausgehend von klinisch-psychanalytischen Erfahrungen und einigen Fallbeispielen - bei Herzpatienten allgemein häufig unterdrückte aggressive Tendenzen.

Flanders Dunbar⁴² findet im Rahmen einer erstmals groß angelegten psychosomatischen Studie an etwa 1600 Patienten mit verschiedenen Krankheiten (u. a. Hypertonie, koronare Herzkrankheit, rheumatoide Arthritis, Frakturen) bei 22 Koronarkranken ein besonders typisches Persönlichkeitsprofil mit klar abgrenzbaren Persönlichkeitszügen. Ihre Beobachtungen faßt sie 1943 in ihrem wegweisenden Buch " Psychosomatic Diagnosis " zu einer " Koronarpersönlichkeit " zusammen: Die häufig distinguiert wirkenden Patienten mit koronarer Herzkrankheit^{x)} arbeiten hart und mühen sich zwanghaft, die Spitze zu erreichen. Die Karriere wird systematisch geplant, meist an einer beruflichen Tätigkeit festgehalten, Verantwortung ungern geteilt, im sozialen Bereich Dominanz angestrebt. Die Koronarkranken erscheinen kontrolliert und zeigen oberflächlich eine Ruhe, die Aggressivität und Feindseligkeit in der Tiefe verdeckt. Seit der Kindheit bestehen Probleme im Umgang mit Autorität. Dem Streben nach Leistung,

x) mehr als die Hälfte waren jüdisch; später kritisiert

Erfolg und Unabhängigkeit zugrunde liegt ein ausgeprägtes, rigides, relativ störanfälliges Abwehrsystem gegen Gefühle der Leere und inneren Unsicherheit. Deutlich neurotische Züge finden sich selten.

Nach Arlow⁵ beruhen die zwanghafte Ausrichtung der späteren Koronarpatienten an Erfolg und Leistung und ihre Autoritätsprobleme im Sinne von Dunbar auf einem Konflikt in der frühen Kindheit. Es besteht zu diesem Zeitpunkt häufig eine Konkurrenzbeziehung zu einem teils bewunderten, teils gefürchteten Vater; als unbewußter Versuch einer Konfliktlösung kommt es in der Folge zu einer - wenn auch unvollständigen - Identifikation mit dem Vater, und später im Leben immer wieder zu extremem Leistungs- und Konkurrenzverhalten. Arlow stellt weiter fest (S.195 und 201):

" Durch harte Arbeit, Selbstdisziplin und zähe Ausdauer bei der Fertigstellung einer einmal auferlegten Aufgabe treibt sich der Koronarpatient ständig zum Erfolg. In seinen beruflichen Beziehungen bedeutet Erfolg, mit seinen Vorgesetzten wenigstens auf einer Ebene zu stehen, und andere hinter sich zu lassen und zu kontrollieren ... Aus der Sicht der dynamischen Psychologie fällt auf, daß dieses Persönlichkeitsmuster zwar sozial extrem einträglich ist, dem einzelnen aber wenig Glück und kaum ausreichende Problemlösungsmöglichkeiten bietet. Das zwanghafte Streben nach Dominanz und Leistung scheint nie zu enden. Der Erfolg bringt kein Gefühl der Genugtuung oder gelösten Entspannung ... Das Individuum braucht immer neue Erfolge, um seine Selbstzweifel zu zerstreuen. "

Mit dem projektiven psychologischen Rorschach-Test kommt Kempe⁹² 1945 in ihrer Untersuchung an Krankenhauspatienten mit verschiedenen Diagnosen wie rheumatoider Arthritis, Hypertonie, koronarer Herzkrankheit und Frakturen zu folgendem Ergebnis (S. 87):

" Obwohl in unserer Studie die Zahl von Patienten mit koronarer Herzkrankheit klein ist, zeigen sie doch ein durchgän-

gisches Persönlichkeitsmuster mit Aggressivität und Dominanzstreben, das sie von den Patienten in den anderen Gruppen unterscheidet. Sie sind gewöhnlich sehr ehrgeizig und streben verbissen, Ziele zu erreichen, die Macht und Prestige beinhalten. Ihre Verarmung an innerer Kreativität und Phantasie macht sie hinsichtlich ihrer Zufriedenheit und Sicherheit vermehrt von Leistungen in der Außenwelt abhängig ... Obwohl sie versuchen, ihre starken aggressiven Impulse zu kontrollieren, erlauben sie sich doch ziemlich viel offene Feindseligkeit nach außen. "

Gildea ⁶⁶ stellt 1949 nochmals die Autoritätsproblematik und das zwanghaft-übertriebene Arbeitsverhalten bei Koronarpatienten heraus, während Miles et al. ¹⁰⁷ 1954 keinerlei Anhalt für eine spezifischere koronare Risikopersönlichkeit finden.

2. Das Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster von Friedman und Rosenman

2. 1 Entwicklung und Entstehung des Konzepts

Von 1955 an beginnen sich Meyer Friedman und Ray H. Rosenman vom Harold Brunn Institut am Mount Zion Hospital and Medical Center in San Francisco für die Beziehung zwischen psychosozialen Faktoren und der koronaren Herzkrankheit zu interessieren.

Diesen beiden amerikanischen Kardiologen fällt in ihrem umfangreichen Studium der maßgeblichen Literatur auf, daß die bekannten Risikofaktoren wie Zigarettenrauchen, hohe Blutfette, Bewegungsmangel, fettreiche Ernährung und erbliche Faktoren bei weitem nicht alle Fälle von Koronarerkrankung erklären können; sie vermuten daher weitere wichtige ätiolo-

gische Faktoren. Der Verdacht erhärtet sich, als sich in einer eigenen Studie die relative Immunität der weißen amerikanischen Frau unter 40 Jahren gegenüber der Koronarsklerose nicht auf irgendwelche Ernährungsunterschiede im Vergleich zum amerikanischen Mann zurückführen läßt.⁴⁸ Friedman und Rosenman nehmen als mögliche Ursache die relative Abgeschiedenheit der amerikanischen Frau von dem sozialen und wirtschaftlichen Stressmilieu an, dem der Mann durch seinen Beruf 40 Stunden und mehr in der Woche ausgesetzt ist, und starten eine Umfrage an 162 Geschäftsleuten und 47 Ärzten über die Bedingungen eines Herzanfalls.⁴⁹ Jeweils 70 % der Laien und der Ärzte geben dabei als wahrscheinliche Hauptursache eine übersteigerte Aktivität und Termingebundenheit an. Als Friedman und Rosenman daraufhin ihre eigenen Patienten mit koronarer Herzkrankheit nochmals genauer beobachten, finden sie bei der Mehrzahl ihrer Patienten unter 60 Jahren emotionale Eigenarten, die sie unter dem Begriff "Typ A Verhalten" zusammenfassen. Dieses Typ A Modell einer koronaren Risikopersönlichkeit sehen die beiden Kardiologen 1959 in ihrer ersten wissenschaftlichen Studie zum Typ A Verhalten zumindest für Männer bestätigt.⁵⁰

2. 2 Definition und Manifestation des Typ A Modells

2. 2. 1 Allgemeines

Ihr Typ A Konzept definieren Friedman und Rosenman ganz allgemein so (S. 270/271)¹²⁶ :

" Das Typ A Verhaltensmuster stellt einen besonderen Komplex aus Persönlichkeit und Verhalten dar, bei dem ein Individuum sich auf einen relativ chronischen und übertriebenen Kampf einläßt, eine gewöhnlich unmäßige Zahl von Dingen von seiner Umwelt in zu kurzer Zeit oder gegen den Widerstand von anderen Personen oder Umständen in seiner Umgebung erreichen zu

wollen ... Die Person mit Typ A Verhalten weist übersteigerte Persönlichkeitszüge wie feindselige Aggressivität, Ehrgeiz und energisches Konkurrenzverhalten auf, ist an Arbeit und Leistung orientiert, setzt sich häufig Terminstress aus, und wirkt chronisch ungeduldig und unter Zeitdruck stehend ... Unsere gegenwärtige Gesellschaft hat das Typ A Verhaltensmuster verstärkt hervorgebracht, weil sie diejenigen besonders belohnt, die schnell und aggressiv agieren können. Darüberhinaus bringt unsere Zivilisation mit ihrer zunehmenden Verstädterung, technischen Fortentwicklung und Bevölkerungsdichte Herausforderungen mit sich, wie sie nie zuvor von früheren, weniger zeit-bewußten Generationen erlebt wurden. Das Typ A Verhaltensmuster leitet sich nicht allein aus der individuellen Persönlichkeit ab, sondern tritt dann auf, wenn bestimmte herausfordernde Umweltbedingungen dieses komplexe Reaktionsschema bei dafür empfänglichen Personen zu Tage treten lassen. "

Neben der Umweltabhängigkeit ihres Typ A Konzepts betonen Friedman und Rosenman die relative Unabhängigkeit vom sozialen Status, die Unterschiedlichkeit zu einem Stressmodell und die Zusammensetzung aus der Beobachtung offen zugänglichen Persönlichkeits- und Verhaltensanteilen (" overt behavior pattern ").

Sie stellen dem Typ A einen Typ B entgegen mit im Grunde mehr quantitativen als qualitativen Unterschieden. Der Typ B besitzt die drei klassischen Persönlichkeitszüge des Typ A wie ungeduldiges Zeitdruckverhalten, energisches Konkurrenzgebaren und Feindseligkeit ^{99,128} entweder überhaupt nicht oder nur in sehr abgeschwächter Form, und macht insgesamt einen gelösten und zufriedenen Eindruck:

" Die Typ B Persönlichkeit kann genaugenommen nicht als echter Gegensatz zur Typ A Persönlichkeit bezeichnet werden, da der Typ B alle oder einige von denselben Zügen aufweisen kann, allerdings nie in der für den Typ A charakteristischen übersteigerten Form ... Der Typ B ist nicht in einen chro-

nischen Kampf gegen die Zeit verwickelt, obwohl er sich ab und zu etwas unter Zeitdruck fühlen kann. Er ist nicht übermäßig auf Wettbewerb aus, und obgleich er in bestimmten Punkten ehrgeizig sein kann, verfolgt er seine Ziele doch in einer relativ nicht-aggressiven Weise. " (Rosenman in Dembroski, 1978, S. 64) ¹²⁸

Je nach Ausprägung des jeweiligen Verhaltensmusters unterscheiden Friedman und Rosenman - zumindest theoretisch - einen Typ A1, A2, B3 und B4 mit jeweils voll entwickeltem (Typ A1 und B4) und abgeschwächt-partiellem (Typ A2 und B3) Typ A bzw. Typ B Verhalten. Mit Ausnahme des seltenen Typ X, der Charakteristika des Typ A und B in ausgewogenem Verhältnis in sich vereinigt, glauben die beiden Kardiologen jeden Menschen irgendwo in dieses Schema mit kontinuierlichen Übergängen einordnen zu können. Nach ihrer Schätzung zeigen von einer städtischen männlichen Bevölkerung mindestens 50 % ein Typ A Verhalten (mit eher steigender Tendenz), 10 % in schwerer, 40 % in leichterer Ausprägung, während Typ B Verhalten in seiner kompletten Form zu etwa 10 % und in seiner partiellen Form zu ebenfalls etwa 40 % zu finden ist. ⁵⁷

2. 2. 2 Die Eigenarten der Typ A Persönlichkeit nach Friedman und Rosenman

Im folgenden sollen die Eigenarten der Typ A(1) Persönlichkeit - wie Friedman und Rosenman sie sehen - mehr im Detail geschildert werden (Quellen: ^{59,86,128}):

Der Typ A ist Übergewissenhaft und wenig flexibel. Wesentlich im Leben sind ihm Arbeit und Leistung. Er geht oft ganz in seinem Beruf auf und zeigt hier enormen Einsatz. Von seiner Umwelt erwartet er viel mehr Anerkennung als Liebe und Zuneigung. In seinem Selbstwertgefühl ist er stark von

Produktivität und Leistung abhängig. Er muß immer aktiv sein und sich ständig von neuem beweisen.

Der Typ A neigt zu extremem Wettbewerbsdenken und ausgeprägtem Konkurrenzverhalten. Mit seinen Leistungen, die er typischerweise in Zahlen aufrechnet, strebt er eine herausragende und dominierende Stellung vor allen anderen Personen an. Im Beruf ist er ehrgeizig um seinen Aufstieg und die Bewunderung seiner Vorgesetzten bemüht, und auch im privaten betreibt er praktisch alles wettbewerbsmäßig. So müssen zum Beispiel Spiele - selbst mit den eigenen Kindern - gewonnen und auf der Autobahn vor ihm fahrende Autos möglichst überholt werden. Findet sich einmal kein potentieller Gegner, so tritt der Typ A gern in einer Rekordjagd gegen sich selbst an. Mögliche Hindernisse werden stets als Herausforderungen verstanden; sie können den Typ A zu immer energischeren Anstrengungen bis über die eigene Belastungsgrenze hinaus veranlassen. Hilfe von außen wird dabei höchstens sehr widerwillig in Anspruch genommen. Nach außen hin tritt der Typ A nicht selten forsch und selbstbewußt auf und macht den Anschein, als gäbe es für ihn in seinen Möglichkeiten keinerlei Grenzen.

Neben dem Beruf und eventuell einigen wettbewerbsmäßigen Freizeitaktivitäten bleibt kein Platz für ein erfülltes Privat- und Familienleben mit weitgestreuten Interessen und Hobbies.

Der Typ A ist oft recht egozentrisch. So kommt er in Gesprächen immer wieder auf Themen zurück, die ihn betreffen oder interessieren. Er ist meist ein schlechter Beobachter und Zuhörer, so daß ihm manchmal wesentliche Details in seiner Umwelt entgehen. In sein eigenes - häufig stereotypes - Verhaltensmuster zeigt er wenig Einsicht.

Besonders charakteristisch für den Typ A ist sein ständiger Kampf mit der Zeit. Er möchte in möglichst kurzer Zeit möglichst viel erreichen. Nie glaubt er, genug Zeit für alle seine Pläne und Aktivitäten zu haben. Er nimmt sich in im-

mer kürzerer Zeit immer mehr vor und unterwirft sich zahlreichen, zum Teil selbst gesetzten Terminen. Dauernd scheint er unter hektischem Zeitdruck zu stehen. Der Typ A ißt schnell, geht schnell, spricht schnell. Fast jede Minute wird "sinnvoll" und zielbewußt genutzt, alle Aktivitäten werden beschleunigt. Häufig wird mehreres gleichzeitig verfolgt, beispielsweise beim Essen Zeitung gelesen oder während einer privaten Unterhaltung über ein berufliches Problem nachgedacht (polyphasisches Denken und Handeln). Oft reagiert der Typ A auch im voraus, d. h. er beantwortet Fragen schon, bevor sie ganz gestellt sind oder nimmt ungeduldig voraus, was ein Gesprächspartner erst noch sagen möchte.

Der Typ A ist extrem ungeduldig. Alles muß schnell und nach seinem Kopf gehen, so daß sich die Leute in seiner Umgebung meistens gehetzt und angetrieben fühlen. Er haßt langes Warten - wie zum Beispiel Schlangestehen in einem Kaufhaus oder Restaurant. Pünktlichkeit erwartet er nicht nur von sich, sondern ganz besonders auch von anderen. Zeitliche Verzögerungen allgemein - zum Beispiel ein langsam vor ihm fahrendes Auto - machen den Typ A ärgerlich und unduldsam.

Der Typ A reagiert nicht selten aggressiv oder gar offen feindselig. Besonders ist das dann der Fall, wenn man ihn daran hindert, seine ehrgeizigen Ziele oder seine schnelle "Gangart" durchzusetzen. Manchmal fällt die Aggressivität allerdings kaum auf, weil der Typ A seine aggressiv-feindlichen Impulse unter Kontrolle zu halten sucht. Gerade über seine feindselige Aggressivität, die sich schon in seinem dauernden Konkurrenzverhalten äußert, ist sich der Typ A oft selbst nicht im klaren.

In seiner psychomotorischen Erscheinung wirkt der Typ A häufig drahtig, wachsam, und wie unter chronischer Spannung stehend. Es herrschen abrupte Gesten und energische Bewegungen vor; die Muskeln erscheinen angespannt. Der Typ A ist oft unruhig und macht den Eindruck von überschüssiger

Energie: Er kann sich auf die Schenkel schlagen, mit den Fingern trommeln, rhythmisch hin- und herrutschen oder mit einem Bleistift spielen. Typisch sind ein fester Händedruck bei der Begrüßung und das häufige Zusammenballen der Hände zur Faust, wenn zum Beispiel im Gespräch etwas betont herausgestellt werden soll.

Das Gesicht erscheint oft faltenlos und straff; die Mimik und die Augen wirken meist relativ starr. Charakteristisch ist ein kurzes, ein wenig verspanntes Lächeln, bei dem lediglich die Mundränder nach oben verzogen werden. Nicht selten ist auch ein - zumindest verdeckt - feindseliger Gesichtsausdruck.

Manchmal fallen Unregelmäßigkeiten in der Atmung und ein expiratorisches Seufzen auf.

Häufig finden sich auch Eigentümlichkeiten in der Sprechweise: Der Typ A spricht normalerweise relativ schnell und laut. Er antwortet prompt und ohne Verzug und wird gewöhnlich zum Satzende hin immer schneller. Endsilben werden manchmal verschluckt; die Ausdrucksweise ist in der Regel kurz und bündig. Besonders typisch ist ein Sprechen mit Bestimmtheit und fast "explosiver" Betonung einzelner Schlüsselworte. Im Gespräch neigt der Typ A dazu, andere Personen anzutreiben oder zu unterbrechen, indem er beispielsweise kurze Einwurfbemerkungen wie "Aha ", " Hm ", " Ja, ja " macht, beipflichtend mit dem Kopf nickt oder seinerseits vorzeitig in die Unterhaltung eingreift.

2. 2. 3 Weitere Aspekte zur Typ A Persönlichkeit

Über Friedmans und Rosenmans ursprüngliches Typ A Konzept hinaus stellt ein Reihe von Untersuchern weitere Aspekte zur Typ A Persönlichkeit heraus:

Bruhn et al.¹⁶ beobachten bei Personen mit Typ A Verhalten oftmals eine sogenannte " Sisyphusreaktion ", d. h. " eine leistungsorientierte Persönlichkeit rackert sich ab, ohne aber dabei viel Erfüllung und Genugtuung zu empfinden " (S. 187).

Glass^{67,68} sieht als Kernpunkt im Typ A Verhalten ein Streben nach Dominanz und Kontrolle über die Umwelt. Nach Glass möchte der Typ A einen Kontrollverlust unter allen Umständen vermeiden und reagiert daher gerade in Situationen mit drohendem Kontrollverlust verstärkt mit seinem aggressiven Konkurrenz- und Zeitdruckverhalten. Auf die Dauer - so meint Glass - würde unkontrollierbarer Stress die Typ A Persönlichkeit hilflos machen.

Burke¹⁹ kann in seiner Studie diese Theorie bestätigen, indem er mit zunehmendem Typ A Verhalten eine steigende Tendenz feststellt, andere unter Kontrolle halten, selbst aber nicht kontrolliert werden zu wollen.

Matthews, Glass et al.⁹⁹ kommen zu dem Schluß (S. 496/7): " Es ist, als müßten diese A's sich ihre Dynamik und schnelle Gangart bewahren, um ihre Umwelt zu beherrschen. Drohender Kontrollverlust macht Angst und führt zu zielbewußten Verhaltensweisen, um die Kontrolle zu behalten ... Jüngere Forschungsergebnisse zeigen an, daß das Typ A Verhalten vielleicht tatsächlich als Reaktion und Bewältigungsversuch gegenüber einem als drohend erlebten Dominanz- und Kontrollverlust in der Umwelt aufzufassen ist. "

Burke und Weir¹⁸ gelangen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, daß der Typ A durch eine rigide Persönlichkeitsstruktur mit einem starken Bedürfnis nach sozialer Anerkennung und Konformität, vor allem aber durch einen einzigen, wenig flexiblen, direkten Problemlösungsstil (" active coping behavior ") gekennzeichnet ist. Ein weites Spektrum von möglichen Reaktionsmustern und speziell ein mehr auswei-

chendes Verhalten kommen nach Burke und Weir beim Typ A kaum vor, so daß er nicht selten Schwierigkeiten im Umgang mit neuen und ungewohnten Situationen hat.

Chesney et al. ²⁷ finden in ihrer Studie an fast 400 gesunden Männern bei Typ A Individuen mit Hilfe von psychologischen Testbögen ein hohes Maß an Aggressivität, Dominanzstreben und Extraversion; Angst und neurotische Züge sind dagegen n i c h t vermehrt anzutreffen. Chesney et al. liegen mit diesem Ergebnis im Einklang mit Friedman und Rosenman, wenn diese feststellen (S. 196) ¹²⁵ :

" Das Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster sollte nicht mit emotionalen Reaktionen wie einfacher nervöser Angst oder mit verschiedenen neurotischen Zuständen verwechselt werden. "

Es bleibt festzuhalten: Zusätzlich zum klassischen Typ A Modell von Friedman und Rosenman betont eine Reihe von Autoren beim Typ A einige spezielle Eigenarten wie zum Beispiel das Streben nach Dominanz und Kontrolle, den direkten und wenig flexiblen Problemlösungsstil, und das n i c h t gehäufte Vorkommen von Angst oder neurotischen Zügen.

2. 2. 4 Zwei Fallbeispiele

Bei der Typ A Persönlichkeit müssen keinesfalls alle Persönlichkeitszüge nebeneinander oder in gleicher Ausprägung vorkommen. ⁸²

Zwei Fallbeispiele sollen die wesentlichen Verhaltens- und Persönlichkeitsmerkmale des Typ A wie Überbetonung von Arbeit und Leistung, Streben nach Dominanz und Kontrolle, ehrgeiziges Konkurrenzverhalten, gesteigerte Aktivität, ungeduldiges Zeitdruckverhalten und Aggressivität im folgenden illustrieren.

Fallbeispiel 1

Der Patient hat mit 64 Jahren einen Herzinfarkt erlitten; organische Risikofaktoren sind nicht nachweisbar.

In der Untersuchung wirkt der Patient mit seiner gebräunten Haut und seinen blondierten Haaren deutlich jünger; im Kontakt ist er zugewandt. Gleich zu Beginn des Gesprächs verschenkt er einen Kugelschreiber mit den Initialen seiner Firma und betont seine Erfolge als Geschäftsmann.

Der Patient hat sein ganzes Leben nach dem Leistungsprinzip ausgerichtet. Leistung sei für ihn immer das Wichtigste gewesen. So habe er zum Beispiel Wert darauf gelegt, im 2. Weltkrieg als Fluglehrer alle überhaupt möglichen Scheine zu erwerben. Nach dem Krieg habe er zunächst eine zivile Fluglehrerschule, dann 1960 seine jetzige Firma aufgebaut, die elektronische Geräte herstelle. Es ist für den Patienten dabei selbstverständlich, daß die von ihm geleitete Firma alle anderen Firmen - und selbst das Weltunternehmen Siemens - auf ihrem Gebiet überrundet hat.

Er arbeite sehr viel, mindestens 14 Stunden am Tag, und stehe andauernd unter Stress und insbesondere unter dem Druck seines Terminkalenders. Arbeit delegieren könne er nur schwer. So öffne er die Post für seine drei Betriebe jeden Morgen selbst, um den Überblick über alles Wesentliche zu haben. Sein Privatleben sei auf ein Minimum beschränkt. Er frühstücke jeden Morgen mit seiner Frau, aber nur um sich anhören zu müssen, warum und wie so er so viel arbeite. Die Abende seien mit Arbeit und Geschäftsessen gefüllt; hinzu komme eine rege Auslandstätigkeit mit zum Beispiel häufigen Flügen nach Fernost.

Der Patient gibt an, daß er sein Leben nicht anders wolle, nichts vermißt habe. Er habe sich ja auch gut gehalten, indem er mindestens 10 Jahre jünger aussehe als er sei. Er plädiere übrigens dafür, daß das Alter im Paß versteckt codiert werde. Alt zu werden sei für ihn etwas Schreckliches und er werde sich damit nicht abfinden können. Auch werde er es nie ertragen können, nicht mehr soviel Leistung zu bringen. So müsse er sogar beim Autofahren immer der Erste sein und halte keinen anderen Fahrer auf der Autobahn vor sich aus. Zu seiner Ehe merkt der Patient an, daß er über ein Jahr um seine Frau geworben habe. Er habe sie unbedingt heiraten müssen, da sie damals die bestaussehendste Frau in seinem Bekanntenkreis gewesen sei. Wenn er auch inzwischen viele Beziehungen zu anderen Frauen gehabt habe, werde er doch auch in Zukunft zu seiner Ehefrau stehen.

Seinen Sohn charakterisiert der Patient mit den Worten " Er ist leider noch kein fertiges Produkt ". Er habe ihn wohl verwöhnt und mit Geschenken überhäuft, dabei vielleicht aber zu wenig auf die eigenen Bedürfnisse seines Sohnes geachtet.

Zum Schluß des Gesprächs betont der Patient nochmals, er werde es niemals schaffen, sich in seinen Leistungen einzuschränken und damit zuzugeben, daß er älter und kränker sei als er sich fühle. Obgleich er zuletzt einen ihm etwa gleichgestellten Mitarbeiter eingestellt habe, werde er in den nächsten Monaten doch genauso weiterarbeiten wie bisher.

Beurteilung:

Der Patient zeigt ein extremes Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster. So ordnet er alles dem Leistungsprinzip unter und geht ganz in seiner Arbeit auf. Er neigt in starkem Maß zu aggressivem Konkurrenzverhalten

(Beispiele: Überholen von langsamen Autos; Heirat der "bestaussehendsten" Frau) und fühlt sich dauernd unter dem Druck seines Terminkalenders. Durch den Herzinfarkt wird der Patient wohl erstmals mit seinen Grenzen und speziell mit dem Problem des Alterns konfrontiert. Gefühle von Angst oder Depression werden aber in dem Gespräch nicht offen zugelassen, sondern ebenso wie die Infarkterkrankung selbst weitgehend verdrängt und verleugnet. Der Patient möchte unbedingt die Kontrolle über sich und seine Umwelt behalten.

Fallbeispiel 2

Der 62jährige Patient ist wegen einer koronaren Herzkrankheit mit pektanginöser Symptomatik stationär aufgenommen worden; vor Jahren hatte er bereits einen Herzinfarkt durchgemacht. An organischen Risikofaktoren sind eine Hyperlipidämie und ein Jahre zurückliegender Zigarettenkonsum bekannt. Bei dem Patienten ist auf Station und besonders bei medizinischen Untersuchungen eine starke innere Unruhe bemerkt worden.

Vorgeschichte und Biographie:

In der Untersuchung ergibt sich folgendes Bild:

Der Patient wuchs zusammen mit einem Bruder und einer Schwester in geordneten Verhältnissen auf. Der Vater war Schreiner, die Mutter Hausfrau. Das Familienleben sei ausgesprochen harmonisch gewesen, Streit habe es praktisch nie gegeben.

Als Kind war der Patient anscheinend still, eher zurückgezogen und etwas ängstlich, kontaktscheu.

Nach einem guten Volksschulabschluß und anschließend

einer Schreinerlehre meldete sich der Patient im 2. Weltkrieg freiwillig zum Einsatz bei den Sturzkampfbombern. Damals sei er durch seine außergewöhnlich Ruhe auch in schwierigsten Situationen aufgefallen. Es habe geheißen: " Den X bringt nichts aus der Ruhe. "

Nach dem Krieg machte der Patient zunächst zusammen mit einem Kompagnon eine Tanzschule auf, die er aber schon bald allein weiterführte. Erst vor einigen Jahren gab er seine Tätigkeit als Tanzlehrer auf und trat eine Stelle in der Verwaltung der Bundeswehr an.

Durch seine Arbeit als Tanzlehrer hatte der Patient zahlreiche soziale Kontakte, die er jedoch von sich aus immer auf einer mehr oberflächlich-distanzierten Ebene hielt. Speziell zu Frauen habe er nie längere Beziehungen gehabt. Er habe ihnen niemals vertraut und immer befürchtet, er könne durch die Beziehung zu einer Frau, die unberechenbar sei und von ihm nicht zu steuern, in seiner ihm so wichtigen Autonomie eingeschränkt werden.

Der Patient berichtet, daß er sich selbst im Gegensatz zu dem äußerlich ruhigen Eindruck, den er anderen Leuten vermittele, seit seiner Jugend als innerlich zerrissen und unter "Hochspannung" stehend gefühlt habe. Er sei außergewöhnlich ungeduldig, könne keine Arbeit liegen lassen, müsse alles sofort wegschaffen. Es sei ihm außerordentlich wichtig, daß er das mache, was er selbst sich vorgenommen habe; vor allem im Privatleben könne er Empfehlungen von fremden Personen überhaupt nicht annehmen. Dagegen störe es ihn nicht, in einem festgefügtten Ordnungssystem, wie beispielsweise bei der Bundeswehr, Anweisungen auszuführen. Seine innere Spannung könne er vor allem beim Autofahren abreagieren; so fahre er auf der Autobahn von vornherein auf der linken Fahrspur und mit Tempo 200.

Psychischer Befund:

Während der Untersuchung wirkt der Patient zuvorkommend und freundlich, gleichzeitig aber sehr unruhig. Immer wieder rutscht er auf seinem Stuhl hin und her; er vermeidet Blickkontakt.

Neben Kontaktängsten gibt der Patient ein Gefühl starker innerer Spannung und "Zerrissenheit" an, das er seit seiner Jugend in sich fühle, nach außen hin jedoch immer zu verbergen vermochte. Sonst finden sich keinerlei psychopathologische Auffälligkeiten, insbesondere nicht im Hinblick auf eine eventuelle hirnnorganische oder psychotische Symptomatik.

Beurteilung:

Der Patient hat in seinem bisherigen Leben passive Versorgungswünsche, Unsicherheit und Kontaktängste durch ein kontraphobisches Verhalten abgewehrt (Sturzkampfbomber, Tätigkeit als Tanzlehrer, usw.). Unter der Einwirkung der koronaren Herzkrankheit sind die bisherigen Kompensationsmechanismen nicht mehr so gut wirksam und die starke innere Zerrissenheit und psychomotorische Unruhe des Patienten treten deutlicher zutage, besonders in Situationen, in denen er sich - wie zum Beispiel auch in der Klinik - passiv ausgeliefert fühlt und selbst keine Kontrolle über die Umwelt mehr übernehmen kann.

Überhaupt scheint der Patient - ganz im Sinne eines Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmusters - ungewöhnlich stark auf Unabhängigkeit und Kontrolle aus zu sein; Frauen werden in dieser Hinsicht nur als Gefahr verstanden, Kontakte insgesamt eher auf Distanz gehalten. Mit seiner extremen Ungeduld und seinem Zeitdruckverhalten (" Arbeit wegschaffen "; schnelles Autofahren) zeigt der Patient eine weitere wesentliche Komponente eines Typ A Verhaltens. Unterschwellig könnte zudem eine beträchtliche Aggressivität vorliegen (psychomotorische Unruhe !).

2. 3 Methoden zur Erfassung des Typ A Verhaltens

Zur Erfassung des Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmusters nach Friedman und Rosenman werden ganz überwiegend z w e i Verfahren benutzt: ein strukturiertes Interview (SI) und ein schriftlicher Fragebogen, der Jenkins Activity Survey (JAS).

Eine Anzahl weiterer Methoden ^{14,51,133} kommt heute kaum noch zur Anwendung.

Der Jenkins Activity Survey oder JAS geht auf C. David Jenkins zurück. ⁸⁰ Es handelt sich dabei um einen computerlesbaren, vom Probanden selbst auszufüllenden Fragebogen. Nach einigen Modifikationen ⁸³ enthält der JAS heute mehr als 50 Fragen im Multiple Choice Stil zu verschiedenen Aspekten des Typ A Verhaltens. Neben einer Typ A Gesamtskala werden in der maschinellen Auswertung des JAS drei untergeordnete Skalen erfaßt, die wesentliche Komponenten im Typ A Verhalten wie energisches Konkurrenzverhalten (Faktor H), Einsatz bei der Arbeit (Faktor J) oder Schnelligkeit und Ungeduld (Faktor S) repräsentieren sollen. ¹⁵³

Die beiden entscheidenden Nachteile des Jenkins Activity Survey liegen darin, daß er in seinem Ergebnis ausschließlich von der - gerade beim Typ A oft unzutreffenden - Selbsteinschätzung des Probanden abhängt und zum anderen die nur der direkten Beobachtung zugänglichen, aber wichtigen psychomotorischen und sprachlichen Eigenarten des Typ A nicht erfassen kann.

Insgesamt erscheint das strukturierte Interview (SI) dem JAS bei der Erfassung eines Typ A Verhaltens trotz der höheren Subjektivität weit überlegen. Das strukturierte Interview - von Friedman und Rosenman erstmals ab 1960/1961 im Rahmen der Western Collaborative Group Study ¹²³ eingesetzt - ist nach Ansicht dieser beiden Autoren das bisher

einzig wirklich verlässliche Verfahren, um ein Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster feststellen zu können. Verschiedene, voneinander unabhängige Untersucher kommen mit Hilfe des auf Band aufgenommenen strukturierten Interviews in mindestens vier von fünf Fällen zu einer einheitlichen Beurteilung.⁸¹

In seiner gegenwärtigen Fassung dauert das strukturierte Interview etwa 15 Minuten und besteht aus über 20 standardisierten Fragen vorwiegend zum aggressiven Konkurrenz- und Zeitdruckverhalten des Typ A (siehe Anhang I). Der Interviewer muß nach Friedman und Rosenman speziell trainiert sein. Er soll nicht nur auf den Inhalt der vom Probanden gegebenen Antworten hören, sondern die untersuchte Person in ihrem gesamten Erscheinungsbild und Auftreten beobachten. Es ist fast " wichtiger, wie etwas gesagt wird als was gesagt wird " (Rosenman in Dembroski, 1978, S.56)¹²⁸. So kommt es beispielsweise entscheidend auf die Mimik, Gestik und Sprechweise bei der Charakterisierung des Probanden an. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, ob der Untersucher sich durch sein Gegenüber im Gespräch angetrieben fühlt, oder ob er den Eindruck gewinnt, die entsprechende Person möchte - zum Beispiel durch häufiges Unterbrechen - das Gespräch in seinem Verlauf kontrollieren. Der Interviewer muß nach Ansicht von Friedman und Rosenman nach einer kurzen Ausbildung auch in der Lage sein, ein eher verdecktes Typ A Verhalten "herauszubringen", indem er manchmal absichtlich provozierend langatmige oder bedeutungslose Fragen und Bemerkungen einschiebt, die selbst einen latenten Typ A meist ungeduldig oder ärgerlich reagieren lassen. Das strukturierte Interview wird damit zu einem " M i n i a t u r e x p e r i m e n t ", das Typ A Reaktionen provoziert " (Jenkins and Zyzanski, 1980, S. 158)⁸⁷.

Im folgenden sollen zusammenfassend die wichtigsten Kriterien dargelegt werden, die einen Untersucher im strukturierten Interview (SI) nach Friedman und Rosenman zu einer Einteilung in Typ A oder Typ B veranlassen sollten:

Tabelle 1 : Kriterien der A/B Typisierung im SI

(nach Rosenman in Dembroski, 1978, S. 62/63 und 65/66) ¹²⁸

Ausgeprägter Typ A (A1)	Typ B (nicht unterteilt)
Aus der <u>Biographie</u> und aus gezielten Fragen im Interview ergibt sich u. a. die klassische Trias im Typ A Verhalten mit : 1. ehrgeizigem Konkurrenzverhalten 2. ungeduldigem Zeitdruckverhalten 3. Aggressivität oder gar Feindseligkeit	Aus der <u>Biographie</u> und aus gezielten Fragen im Interview wird deutlich, daß ehrgeiziges Konkurrenzverhalten, Zeitdruckverhalten und Aggressivität entweder nicht vorkommen oder höchstens gelegentlich und in geringer Ausprägung vorhanden sind.
<u>Weiter fallen im Gespräch oder Interview (SI) auf:</u> 1. allgemeines Erscheinungsbild von Energie, gespannter Aufmerksamkeit und Selbstvertrauen	<u>Weiter fallen im Gespräch oder SI auf:</u> 1. allgemeines Erscheinungsbild von Ruhe, Gelöstheit und entspannter Aufmerksamkeit

Ausgeprägter Typ A (A1)	Typ B (nicht unterteilt)
2. kräftiger Händedruck und schneller Gang 3. laute und/oder kräftige Stimme 4. kurze und bündige Aus- drucksweise mit Abkür- zungen 5. manchmal undeutliche Sprache mit verschluck- ten Endsilben 6. schnelle Sprechweise mit Beschleunigung zum Satzende hin 7. fast "explosive" Beto- nung einzelner Schlüs- selworte in der norma- len Umgangssprache 8. häufiges Unterbrechen des Gesprächspartners (z. B. durch vorzeitig einfallende Antworten) 9. Antreiben des Gesprächs- partners, z. B. durch kurze Zwischenbemer- kungen wie " Ja, ja ", " Richtig " usw.	2. schwacher Händedruck und eher verhaltener Gang 3. weiche, eher leise Stimme 4. eher weitschweifige Ausdrucksweise 5. keine verwaschene oder undeutliche Sprache 6. eher bedächtige Sprech- weise ohne Beschleuni- gung 7. kaum betonte, eher gleichmäßige Sprech- weise (manchmal fast monoton) 8. seltenes Unterbrechen des Gesprächspartners 9. kein antreibender Ge- sprächsstil

Ausgeprägter Typ A (A1)

Typ B (nicht unterteilt)

10. heftige Reaktionen auf Fragen, die sich auf irgendwelche zeitliche Verzögerungen beziehen (z. B. hinter langsamen Autofahren oder in einer Schlange warten)
11. Zusammenballen der Finger zur Faust im Gespräch häufig, wenn die eigenen Worte verstärkt werden sollen
12. häufige Seufzlaute, v. a. bei Fragen, die sich auf die Arbeit beziehen
13. Aggressivität und Feindseligkeit dem Interviewer gegenüber oder bei bestimmten Gesprächsthemen (feindseliger Gesichtsausdruck !)
14. häufiges Vorkommen von betonten und abrupten Ein-Wort-Antworten wie " Ja ! ", " Niemals ! ", " Genau ! "

10. keine impulsiven Reaktionen auf Fragen, die sich auf irgendwelche zeitliche Hindernisse oder Verzögerungen beziehen
11. praktisch nie Zusammenballen der Finger zur Faust
12. seltenes Seufzen (außer in nervöser Aufregung)
13. Feindseligkeit so gut wie nie zu beobachten
14. Fehlen von betonten Ein-Wort-Antworten

2. 4 Die Beziehung zwischen dem Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster und der koronaren Herzkrankheit

Zur Beziehung zwischen dem Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster und der koronaren Herzkrankheit (Angina Pectoris und Herzinfarkt) gibt es eine große und kaum noch überschaubare Zahl von Untersuchungen. Im folgenden können daher nur die wohl wichtigsten Studien dazu behandelt werden.

In einer ersten wissenschaftlichen Untersuchung finden Friedman und Rosenman⁵⁰ 1959 bei einer Gruppe A von 83 Männern mit ausgeprägtem Konkurrenz- und Zeitdruckverhalten in 23 Fällen (= 28 %) eine klinisch manifeste oder im Elektrokardiogramm eindeutig nachweisbare Koronarsklerose.^{x)} Damit ist die koronare Herzkrankheit in dieser Gruppe A siebenmal häufiger anzutreffen als in einer Gruppe B von 83 Männern mit eher gegensätzlichen Eigenschaften und in einer Kontrollgruppe C aus 46 blinden Männern mit einem chronischen Angstzustand. Die siebenmal höhere Prävalenz^{xx)} der koronaren Herzkrankheit bei Männern unter 60 Jahren mit dem - in der Folge so benannten - Typ A Verhalten läßt sich in dieser Studie dabei kaum auf andere Faktoren wie zum Beispiel eine unterschiedliche Ernährung oder körperliche Aktivität zurückführen. Das Ergebnis wird in einer Folgeuntersuchung an über 250 Frauen mit einer viermal so hohen Prävalenz der koronaren Herzkrankheit beim Typ A im Vergleich zum Typ B im wesentlichen bestätigt.¹²²

x) Aus dieser Gruppe A wird später - auch vom Namen her - das Typ A Verhalten abgeleitet im Gegensatz zu einem Typ B Verhalten (Gruppe B) !

xx) Die Prävalenz meint die Zahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt Erkrankten, die Inzidenz die Zahl der in einem Zeitraum neu Erkrankten (meist in Promille)

Von 1960/1961 an beginnen Friedman und Rosenman mit einer groß angelegten p r o s p e k t i v e n epidemiologischen Untersuchung, mit der sie aus der Zahl der Neuerkrankungen (Inzidenz) beweisen wollen, daß nicht nur eine zufällige, sondern eine kausale Beziehung zwischen Typ A Verhalten und koronarer Herzkrankheit besteht. In dieser - später recht bekannt gewordenen - Western Collaborative Group Study (WCGS) ¹²³ sind ursprünglich mehr als 3500 Männer im Alter zwischen 39 und 59 Jahren erfaßt. Diese Männer werden über Jahre hinweg in regelmäßigen Abständen in ihrem kardivaskulären Status, auf eventuelle kardiale Risikofaktoren und nach vielen anderen Parametern untersucht, und zu Beginn der Erhebung nach ihrem Persönlichkeits- und Verhaltensmuster mit Hilfe des SI - später zum Teil zusätzlich mit dem JAS - in Typ A oder Typ B eingestuft.

In einem ersten Ergebnis stellen Friedman und Rosenman nach einem Beobachtungszeitraum von 4 1/2 Jahren fest, daß Männer mittleren bis höheren Alters mit einem voll entwickelten Typ B Verhalten bei normalen Blutdruckwerten und im Normbereich liegenden Serumlipiden praktisch immun gegenüber der Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit sind. ¹²⁴

Demgegenüber ergibt sich in einer Autopsie-Studie im Rahmen der WCGS, daß - zumindest bei den 51 untersuchten Fällen - nach 5 1/2 Jahren sechsmal so viele Männer mit Typ A Verhalten an koronarer Herzkrankheit gestorben sind und daß unabhängig von der jeweiligen Todesursache der Grad der auf dem Sektionstisch nachweisbaren Koronarsklerose beim Typ A im Durchschnitt doppelt so groß ist wie beim Typ B. ⁵⁴

Als Friedman und Rosenman die Western Collaborative Group Study Ende 1969 zum Abschluß bringen ¹²⁷, sind nach 8 1/2 Jahren von 3154 (im Rahmen der Studie verwertbaren) Männern 257 n e u an einer koronaren Herzkrankheit, also an Herzinfarkt und/oder Angina Pectoris, erkrankt. Davon sind 178 Männer zu Beginn der Erhebung als Typ A, 79 als Typ B eingestuft worden - im Gegensatz zu einer annähernd gleichen

Verteilung beider Typen (1587 zu 1567) in der WCGS insgesamt. Daraus errechnet sich zunächst eine um den Faktor 2,3 mal höhere Inzidenz der koronaren Herzkrankheit beim Typ A im Vergleich zum Typ B.

Im einzelnen ergibt sich nach 8 1/2 Jahren in der WCGS hinsichtlich der Zahl der Neuerkrankungen (siehe Graphik 1): Angina Pectoris und Herzinfarkt sind sowohl für sich allein als auch zusammen beim Typ A mehr als zweimal häufiger als beim Typ B. Die Zahl der tödlich verlaufenden Koronarereignisse ist beim Typ A ebenfalls mehr als doppelt so groß, die Zahl der Rezidivinfarkte sogar fünfmal so hoch.

Graphik 1 (aus Rosenman and Friedman, 1974, S. 273) ¹²⁶ :

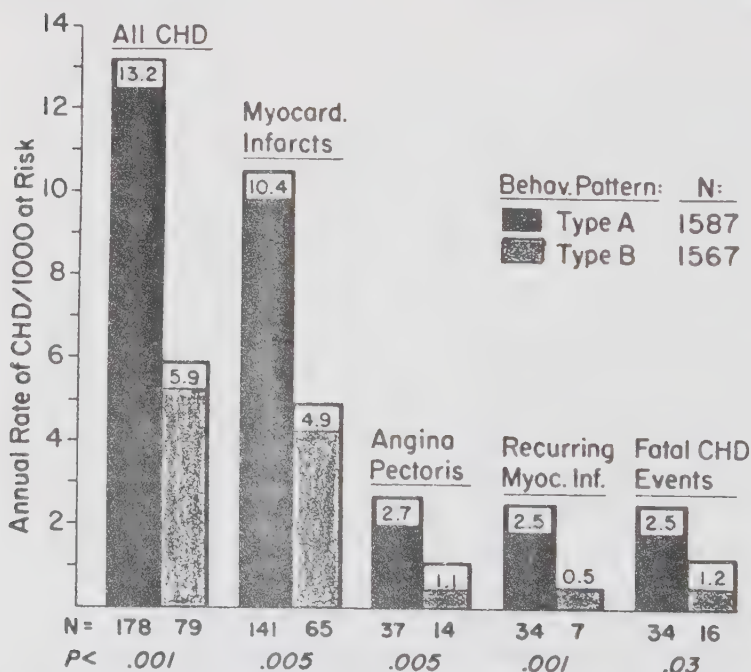


Figure 1. The annual rate of coronary heart disease in 3154 subjects studied prospectively in the Western Collaborative Group Study for 8½ years. The higher incidence of all expressions of coronary heart disease in the Type A subjects is shown. N equals number of cases. (From Rosenman, R. H., et al.: The central nervous system and coronary heart disease. Hospital Practice, 6:87-97, 1971, by permission.)

Nachdem in einem speziellen statistischen Ansatz andere koronare Risikofaktoren wie Rauchen, Hyperlipidämie, Hypertonie und Diabetes mellitus als Einflußgrößen ausgeschaltet sind, bleibt u n a b h ä n g i g von diesen bekannten Risikofaktoren ein z w e i m a l so großes relatives Risiko für Typ A Persönlichkeiten, später in ihrem Leben an einem Herzinfarkt und/oder einer Angina Pectoris zu erkranken oder zu sterben.

Friedman und Rosenman kommen daher in ihrer Western Collaborative Group Study zu dem Schluß, daß das Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster als ein e i g e n s t ä n d i g e r - wenn auch häufig zusätzlich verstärkender - k o r o n a r e r R i s i k o f a k t o r im Sinne eines auf das Doppelte erhöhten Erkrankungsrisikos bezüglich der koronaren Herzkrankheit wirksam ist.

Die Ergebnisse von Friedman und Rosenman über einen - möglicherweise kausalen - Zusammenhang zwischen dem Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster und der koronaren Herzkrankheit werden von 1976 an durch eine Reihe von k o r o n a r a n g i o g r a p h i s c h e n S t u d i e n im wesentlichen bestätigt:

Zyzanski et al.¹⁵⁴ finden in ihrer Untersuchung an 94 Männern im Alter zwischen 26 und 68 Jahren eine direkte Beziehung zwischen dem - im JAS vorher ermittelten - Typ A Verhalten und der angiographisch feststellbaren Koronarsklerose.

Während Dimsdale et al.³⁶ keinen solchen Zusammenhang erkennen können, kommen Frank et al.⁴⁶ sowie Blumenthal et al.¹³ unter Verwendung des strukturierten Interviews (SI) zu ähnlichen Ergebnissen. Beide Untersuchungsgruppen stellen an 147 bzw. 142 Männern und Frauen unter 70 Jahren fest, daß unabhängig von anderen Risikofaktoren wie Rauchen, Hy-

percholesterinämie, Hypertonie, Alter und Geschlecht ^{x)} eine hochsignifikante, direkte Beziehung zwischen dem Typ A Verhalten und dem Schweregrad der angiographisch nachweisbaren Koronarsklerose besteht; nur beim Cholesterin ist nach Frank et al. diese Korrelation noch enger.

Williams et al. ¹⁵¹ treffen in ihrer koronarangiographischen Untersuchung an 307 Männern und 117 Frauen beim Typ A - vor allem aber bei ausgeprägter "Feindseligkeit" (" Annahme, daß andere Menschen schlecht, egoistisch und ausnützerisch sind ") - eine schwere Koronarsklerose mit einer oder mehreren Stenosen von 75 % oder darüber besonders häufig an.

Scherwitz et al. ¹³⁰ sehen in ihrer Studie an 150 Männern nicht so sehr das Typ A Verhalten an sich, als vielmehr die Zahl der egozentrischen Selbstverweise beim Sprechen wie " Ich, mir, mich " signifikant mit dem Ausmaß der angiographisch gefundenen Koronarsklerose korreliert.

Neben den verschiedenen koronarangiographischen Studien und der Western Collaborative Group Study (WCGS) von Friedman und Rosenman werden zumindest d r e i weitere Untersuchungen oft als Beweis für die Gültigkeit des Typ A Konzepts einer k o r o n a r e n R i s i k o p e r s ö n l i c h - k e i t angeführt:

x) siehe Blumenthal et al., 1978, S. 637 ¹³:

" Das Geschlecht muß als ein wesentlicher Risikofaktor angesehen werden, da die koronare Herzkrankheit bei Männern mittleren bis höheren Alters im Durchschnitt fünfmal häufiger vorkommt als bei Frauen in diesem Alter. "

1. In einer zweiten wichtigen prospektiven Studie im Rahmen der Framingham Heart Study können Haynes, Feinleib et al.⁷⁷ die Ergebnisse der WCGS im allgemeinen nachvollziehen und bekräftigen. Sie ermitteln nach einem Untersuchungszeitraum von 10 Jahren bei Männern und Frauen unter 65 Jahren ebenfalls - allerdings unter gewissen Vorbehalten^{x)} - eine zweimal so hohe Inzidenz von koronarer Herzkrankheit beim Typ A im Vergleich zum Typ B.
2. Als durch Theorell et al.¹⁴⁰ über 9000 Männer in Schweden prospektiv untersucht werden, erscheint ein sogenannter "Discord Index" mit einer Kombination aus Typ A Verhalten und einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben als signifikant mit der späteren Entwicklung eines Herzinfarktes korreliert.^{xx)}
3. In einer russischen Studie - sie wird später nicht selten als indirekter Beweis für die internationale Gültigkeit des Typ A Modells gewertet⁸⁴ - finden Ganelina und Kraevsky⁶³ bei der Mehrzahl ihrer jüngeren Patienten mit koronarer Herzkrankheit retrospektiv sehr ähnliche Eigenschaften wie einen ausgeprägten Ehrgeiz und ein beschleunigtes Arbeitsverhalten.

x) Die signifikante Beziehung zwischen Typ A Verhalten und koronarer Herzkrankheit gilt nach der Framingham Heart Study nicht so sehr für die koronare Herzkrankheit ohne pektanginöse Symptomatik (Herzinfarkt allein) und für "einfache" Arbeiter (= blue collar jobs)

xx) Theorell et al., 1975, S. 291/292¹⁴⁰:

" The Discord Index has elements of the Type A behavior characterized by drive and energy but also of life dissatisfaction. "

2. 5 Die Beziehung des Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmusters zu physiologischen und klinisch-chemischen Befunden

Dem - nach ihrer Beurteilung kausalen - Zusammenhang zwischen dem Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster und der koronaren Herzkrankheit muß nach Friedman und Rosenman ein physiologisches Substrat zugrunde liegen. Beide nehmen dabei an, daß die Typ A Persönlichkeiten in ihrer ziemlich aggressiven Beziehung zur Umwelt besonders starken stimulierenden Einflüssen auf das zentrale Nervensystem unterliegen - mit den Folgen einer zentral bedingten Hyperlipidämie und einer übersteigerten Reaktivität des Sympathikus, die ihrerseits die Koronararterien sklerotisch schädigen könnten. ¹²⁶

Eine Reihe von klinisch-chemischen, neuro-endokrinen und experimentellen Befunden scheint diese Theorie zu stützen:

Friedman, Rosenman et al. können bei Personen mit einem ausgeprägten Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster im Vergleich zum Typ B unter anderem nachweisen:

1. ein höheres Serumcholesterin ^{50,122}
2. höhere prä- und postprandiale Serumtriglyceride ⁵³
3. eine beschleunigte Gerinnungszeit ^{50,122} und eine verstärkte Erythrozytenaggregation ⁵³
4. ein niedrigeres Somatotropes Hormon (STH) im Serum bei vergleichbaren Cortisol- und Thyroxinwerten ⁵⁶
5. ein höheres Noradrenalin ^{x)} im Serum und eine vermehrte Noradrenalinausscheidung im Urin, vor allem auf Stress und in spezifischen Belastungssituationen mit Wettbewerbscharakter ^{52,60}

x) Angst → Adrenalin ↑ / Aggressionen → Noradrenalin ↑ ²²

Uhley und Friedman ¹⁴² finden in einem Experiment bei Ratten unter bestimmten Formen von unkontrollierbarem Stress eine beschleunigte Gerinnungszeit, ansteigende Serumcholesterinwerte und eine vermehrte Koronarsklerose.

Gunn et al. ⁷⁰ stellen in ihrer tierexperimentellen Untersuchung fest, daß Kaninchen, die ein an Fett reiches Futter erhalten und über einen Zeitraum von drei Monaten an bestimmten Arealen des Hypothalamus - vor allem am Nucleus ventralis medialis - elektrisch stimuliert werden, einen signifikanten Anstieg ihres Serumcholesterins und eine oft ausgeprägte Koronar- und Aortensklerose entwickeln. Friedman et al. können dabei in der Folge in Experimenten mit Ratten belegen, daß es tatsächlich eine zentralnervös induzierte, von bekannten Hormoneinwirkungen unabhängige Hypercholesterinämie gibt. ^{55,58}

Krantz et al. ^{94,95} sehen in zwei Studien Hinweise auf eine überschießende sympathische Reizantwort und eine gesteigerte kardiovaskuläre Reaktivität bei Typ A Persönlichkeiten; sie verweisen auf die erhöhte Rate von perioperativen kardiogenen Komplikationen wie Rhythmusstörungen und die günstige Wirkung eines β -Blockers beim Typ A.

Insgesamt ergeben sich also in mehreren Studien Anhaltspunkte dafür, daß das Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster über z e n t r a l n e r v ö s e E i n f l ü s s e wie eine zentral ausgelöste Hypercholesterinämie und eine erhöhte Reaktivität des Sympathikus mit einer gesteigerten Noradrenalinsekretion pathogen im Hinblick auf die Entstehung einer koronaren Herzkrankheit mit allen ihren Komplikationen wirken könnte.

Matthews ¹⁰⁰ macht jedoch noch auf eine z w e i t e Möglichkeit aufmerksam (S. 313):

" Nach einer anderen durchaus plausiblen Theorie könnte ein zugrunde liegender konstitutioneller Faktor sowohl die offensichtliche Manifestation des Typ A Verhaltens als auch die Neigung zur koronaren Herzkrankheit bedingen ... Nach Ansicht einiger Forscher .. könnte es sich dabei um eine exzessive Belastung und Aktivität des sympathischen Nervensystems im Laufe eines Lebens handeln. "

2. 6 Kritik am Typ A Modell

In einer Gesamtbeurteilung von Friedmans und Rosenmans Typ A Modell einer koronaren Risikopersonlichkeit gibt es in der Literatur neben fast uneingeschränkter Zustimmung^{84,87,118} durchaus auch einige kritische Stellungnahmen :

Keith⁹¹ steht der Existenz einer sogenannten Koronarpersonlichkeit insgesamt recht skeptisch gegenüber, erkennt aber die Bedeutung einer Typ A Risikopersonlichkeit für jüngere Koronarkranke noch am ehesten an.

Mordkoff und Parsons¹¹¹ kommen in ihrer Auswertung der maßgeblichen Literatur bis einschließlich 1965 unter anderem zu dem Ergebnis, daß wichtige Einflussgrößen wie Alter, Geschlecht und sozialer Status in den meisten ihnen vorliegenden Untersuchungen viel zu wenig differenziert berücksichtigt worden seien, als daß allgemein von einer Koronarpersonlichkeit gesprochen werden könne.

Ahnve et al.² stellen - ausgehend von eigenen Ergebnissen - die Spezifität des Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmusters als Risikofaktor für die koronare Herzkrankheit in Frage. Sie merken an (S. 223):

" Typ A Verhalten steht vielleicht mit der Entwicklung anderer Krankheiten wie zum Beispiel akuter oder chronischer Gastritis in noch stärkerem Zusammenhang. "

Cooper und seine Mitarbeiter ³⁰ wenden sich in einer Gesamtwürdigung wesentlicher Literatur bis einschließlich 1979 (" Review Panel on Coronary-prone Behavior ") gegen die Gleichsetzung von Typ A Verhalten und koronarem Risikoverhalten, solange die Beziehung des Typ A Verhaltens zu anderen Krankheiten im allgemeinen und zur Arteriosklerose im speziellen nicht hinreichend geklärt sei. Außerdem geben sie zu bedenken, daß die meisten Studien über den Zusammenhang zwischen dem Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster und der koronaren Herzkrankheit an weißen amerikanischen Männern mittleren bis höheren Alters aus der (oberen) Mittelschicht durchgeführt worden seien. Nach Cooper et al. wird damit eine allgemeine Gültigkeit des Typ A Konzepts einer koronaren Risikopersonlichkeit - zum Beispiel für Frauen, hohe Altersgruppen sowie für verschiedene soziale Schichten und Volksgruppen - fragwürdig.

2. 7 Kurze Zusammenfassung zum Typ A Modell einer koronaren Risikopersonlichkeit

Eine knappe Zusammenfassung soll die Ausführungen über das Typ A Konzept zunächst beschließen:

Ende der Fünfziger-Jahre entwickeln die beiden amerikanischen Kardiologen Friedman und Rosenman ihr Modell einer koronaren Typ A Risikopersonlichkeit mit ehrgeizigem Konkurrenzverhalten, ungeduldigem Zeitdruckverhalten und aggressiver Feindseligkeit.

Neben dieser klassischen Trias sowie begleitenden Auffälligkeiten in Psychomotorik und Sprechweise führen einige Autoren später einige zusätzliche Aspekte in dieses Typ A Konzept ein, wie zum Beispiel Glass 1977 ein typisches Streben nach Dominanz und Kontrolle über die Umwelt.

Zur Erfassung des Typ A Verhaltens setzen sich in der Folge ein computerlesbarer Fragebogen (JAS) und vor allem ein strukturiertes Interview (SI) durch.

In einer großen prospektiven Studie, der Western Collaborative Group Study (WCGS) in Kalifornien, zeigt sich das Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster Ende der Sechziger-Jahre für Männer tatsächlich unabhängig von den bekannten organischen Risikofaktoren mit einem deutlich erhöhten Risiko zur koronaren Herzkrankheit assoziiert; eine Typ B Persönlichkeit mit eher gegensätzlichen, mehr lockeren Eigenschaften erweist sich dagegen unter bestimmten Voraussetzungen als praktisch immun gegenüber Herzinfarkt und Angina Pectoris.

Auch die Ergebnisse aus koronarangiographischen Untersuchungen scheinen ab Mitte der Siebziger-Jahre für einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Typ A Verhalten und der koronaren Herzkrankheit zu sprechen.

Nach der Theorie von Friedman und Rosenman wirkt das Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster über eine chronische Stimulation des zentralen Nervensystem mit vermehrter Freisetzung von Cholesterin und Noradrenalin sklerotisch schädigend auf die Koronararterien.

Die Kritik gegen das Typ A Konzept richtet sich später vor allem gegen die Annahme einer Spezifität und einer allgemeinen Gültigkeit (Frauen, hohe Altersgruppen, usw.) dieses Modells einer koronaren Risikopersonlichkeit.

3. Andere Ergebnisse zur Primärpersönlichkeit von Koronarkranken in einer Literaturübersicht ab 1960 und anhand von eigenen Fallbeispielen

In der Zeit ab 1960 beschäftigen sich nicht allzu viele Untersucher unabhängig vom Typ A Konzept Friedmans und Rosenmans mit der Frage der Primärpersönlichkeit von Koronarkranken. Im folgenden sollen einige von diesen eigenständigen Untersuchungen in einer Übersicht aufgeführt und in ihren Ergebnissen anhand von eigenen Fallbeispielen veranschaulicht werden.

3. 1 Indirekte Bestätigung des Typ A Modells durch die Ergebnisse der Amsterdamer Psychosomatischen Gruppe

Die in einem psychiatrisch-psychoanalytischen Ansatz gewonnenen Ergebnisse der sogenannten Amsterdamer Psychosomatischen Gruppe (1966 - 1968) scheinen indirekt das Typ A Modell einer koronaren Risikopersonlichkeit zu bestätigen.

Van Heijningen und Treurniet ¹⁴⁶ betonen in ihrer Untersuchung an 30 männlichen Herzinfarktpatienten im Alter unter 56 Jahren (psychiatrisch-psychoanalytische Gespräche !) den starken Abwehrcharakter in den Persönlichkeitszügen der Infarktpatienten (S. 370):

" Der bemerkenswerteste Zug im ' koronaren Charakter ' scheint eine extreme Abwehr von passiven Bedürfnissen durch eine überschießende Aktivität zu sein ... Die Patienten können Gefühle der Abhängigkeit oder des Nicht-Aktiv-Seins kaum aushalten. Derartiges gilt ihnen schnell als allzu kindisch und weibisch. Gefühle der Passivität sind für sie

gleichbedeutend mit Minderwertigkeit. In ihrem Verhalten nach außen hin fallen besonders auf: eine zwanghaft-leidenschaftliche Neigung zu hartem Arbeiten ('Arbeitssucht'), ein brennender Ehrgeiz, und eine Tendenz zur Dominanz an ihrem Arbeitsplatz, in ihrer Familie, in ihrem Liebesleben und in ihren gesellschaftlichen Beziehungen ... "

Ganz wesentlich in der Persönlichkeitsstruktur der Herzinfarktpatienten sind nach Van Heijningen und Treurniet also ein Streben nach vollkommener Unabhängigkeit und Kontrolle. Passiv-abhängige Bedürfnisse werden abgewehrt und durch eine übersteigerte Aktivität und eine zwanghafte "Arbeitssucht" verdeckt; Abhängigkeit wird verleugnet. Probleme bestehen im Umgang mit aggressiven Impulsen, speziell mit ihrer verbalen Äußerung nach außen. Das einzige Ventil für Aggressionen - und gleichzeitig ein " magisches Heilmittel gegen narzißtische Verletzungen aller Art " - ist oft eine aggressiv gesteigerte Aktivität, vor allem bei der Arbeit; sonst können Aggressionen auch gegen die eigene Person gerichtet werden. Nach außen hin wirken die Infarktpatienten häufig "überangepaßt"; sie wollen sich unter allen Umständen "zusammenreißen" und immer möglichst "normal" erscheinen.

Van der Valk und Groen ¹⁴³ schließen aus eigenen klinischen Erfahrungen und aus den Biographien von 24 Herzinfarktpatienten, daß die Infarktkranken Persönlichkeitszüge und Verhaltensmerkmale lediglich in übertriebener Form aufweisen, die in der modernen westlichen Gesellschaft ansonsten als ganz normal oder gar als besonders männlich und akzeptiert gelten.

Die späteren Infarktpatienten müssen nach Van der Valk und Groen ständig aktiv sein. Sie sind geradezu " süchtig auf Arbeit ", arbeiten unverhältnismäßig viel und hart, und sind dabei übergewissenhaft. Wichtig ist ihnen die gesellschaftliche Anerkennung und der Respekt der Familie. Sie streben nach oben, neigen - auch im privaten -

zur Dominanz, und haben Schwierigkeiten, sich unterzuordnen. Wie in einem Wettbewerb müssen sie sich selbst und anderen pausenlos beweisen, daß sie noch jung und leistungsfähig sind - im Beruf, beim Sport, beim Autofahren und beim Sex. Sie fühlen sich als Einzelkämpfer; von anderen abhängig zu sein oder Hilfe anzunehmen, ertragen sie ebensowenig wie Passivität. In ihren Gefühlsäußerungen kontrollieren sie sich ungewöhnlich stark; Angst, Wut oder Depression treten selten offen zutage und werden oft nicht zugegeben. Obwohl sie überdurchschnittlich aggressiv sind, können sie auf die Außenwelt den Eindruck großer Selbstbeherrschung machen; Aggressivität wird vorwiegend in Aktivität umgesetzt.

" Insgesamt findet man, daß sie um typisch männliche Leistungen bemüht sind. Ihr Ideal ist es, groß, stark, bewundert und unverletzbar zu sein; ihre Angst ist es dagegen, klein, schwach, alt, abhängig oder wie eine Frau zu sein... Manche drücken sich so aus: ' Ich bin schon ein großartiger Bursche, wenn ich nur nicht dieses mickrige Herz hätte. " (S. 43)

In der Jugend der Infarktpatienten läßt sich nach Van der Valk und Groen ziemlich häufig ein schwerer Konflikt mit dem Vater ausmachen. Die Auswirkungen im späteren Leben - speziell auf das Verhalten am Arbeitsplatz - beschreiben Van der Valk und Groen im direkten Vergleich mit dem Ulkuskranken so (S. 45):

" Der Ulkuspatient will von seinen Mitarbeitern akzeptiert werden und versucht nur, der ' gute - oder beste - Sohn seines Vaters ' zu sein; dagegen scheint sich der Koronarpatient nur zufrieden zu geben, wenn er seine Kollegen in den Schatten stellen und damit über seinen Vater oder sein Bild vom Vater triumphieren kann. "

Bastiaans ⁸ gibt in einer psychoanalytischen Sicht folgende Hauptmerkmale in der Persönlichkeit der Koronarkranken an:

1. eine zwanghafte Gewissenhaftigkeit und Arbeitssucht
2. eine Störung im Umgang mit den eigenen aggressiven Tendenzen
3. eine aggressiv übersteigerte Aktivität als Abwehr gegenüber passiv-abhängigen Tendenzen und als Ventil für sonst nicht geäußerte Aggressionen
4. einen typischen Wechsel von überschießender Aktivität zu lähmender Passivität, Masochismus und Hilflosigkeit in schweren Frustrationssituationen

Psychodynamisch liegt nach Bastiaans Theorie bei den Koronarpatienten ein phallisch-fixiertes, falsch erlerntes Anpassungsverhalten vor, das sie seit der frühen Kindheit die eigene Leistung als Voraussetzung für die Liebe der Eltern und der Umwelt annehmen läßt. x)

Insgesamt werden von der Amsterdamer Psychosomatischen Gruppe folgende Besonderheiten als charakteristisch für den Koronarpatienten im allgemeinen und den Herzinfarktpatienten im speziellen herausgestellt:

eine Abwehr von passiv-abhängigen Tendenzen; eine übersteigerte Aktivität und "Arbeitssucht"; ein Konkurrenzverhalten; ein Streben nach Dominanz, Unabhängigkeit und Kontrolle; eine soziale "Überangepaßtheit"; eine Aggressionsproblematik.

Die von der Amsterdamer Psychosomatischen Gruppe in einem psychiatrisch-psychoanalytischen Ansatz gefundenen Persönlichkeitsmerkmale stimmen damit weitgehend mit dem Typ A Konzept einer koronaren Risikopersonlichkeit überein (siehe Abschnitt I. 2. 2).

Als Fallbeispiele sei daher auf die Fälle 1, 2 und 4 verwiesen (Typ A Fallbeispiele).

- x) Alice Miller bezeichnet eine solche narzißtische Störung als gerade " das Drama des begabten Kindes " ¹⁰⁸ , das häufig nicht die bedingungslose Liebe der Eltern erfahre

3. 2 Merkmale zwanghafter Rigidität

Eine Reihe von Untersuchern betont das gehäufte Vorkommen von Merkmalen zwanghafter Rigidität in der Persönlichkeit von Koronarkranken:

Hahn und seine Mitarbeiter ⁷⁴ stellen in einer interdisziplinären Studie der Heidelberger Universitätsklinik bei der Mehrzahl von 50 männlichen Herzinfarktpatienten ausgeprägtere Merkmale zwanghafter Rigidität fest. So treffen sie in zwei Drittel aller Fälle Pedanterie, Pünktlichkeit, Ordentlichkeit, fixierte Gewohnheiten und Schwierigkeiten mit neuen Situationen in verstärktem Maß an. Außerdem zeigen sich die Infarktpatienten - in den Interviews und in bestimmten psychologischen Tests (MPI; MMQ nach Eysenck) - in ihrem Verhalten und in ihrem Selbstwertgefühl vermehrt an die Reaktion der äußeren Umwelt gebunden (Extraversion).

Jouve et al. ⁹⁰ finden in psychiatrischen Interviews zwanghafte Wesenszüge bei einer Gruppe von 100 Koronarkranken im Vergleich zu einer Kontrollgruppe vermehrt (63 zu 47) - signifikant vor allem in schwererer Ausprägung (19 zu 1). Ein zwanghafter Charakter schließt nach Jouve und seinen Mitarbeitern unter anderem ein: einen pedantischen Perfektionismus, eine Neigung zum sorgenvollen Grübeln, ein Bedürfnis nach Dominanz und Kontrolle über Personen und Zeit sowie eine erhebliche Abwehr und Kontrolle gegenüber spontanen Gefühlsäußerungen.

Cady et al. ²¹ glauben nach faktorenanalytischer Auswertung eines psychologischen Fragebogens (16 PF nach Cattell) bei Koronarkranken eine Hemmung im Ausdruck von Gefühlsregungen erkennen zu können.

Minc und seinen Mitarbeitern¹¹⁰ fällt in einer australischen Untersuchung an 30 Patienten mit koronarer Herzkrankheit eine Desintegration von Rationalität und Emotionalität mit einem hohen Maß an rationaler Kontrolle über die Gefühlswelt auf.

Egger⁴³ sieht " drei wesentliche Dimensionen des Risikoverhaltens " (S. 212) im Hinblick auf die koronare Herzkrankheit, die für eine gewisse Zwanghaftigkeit der späteren Koronarpatienten sprechen:

1. eine zwanghafte Neigung, im Arbeitsbereich Übermäßiges zu leisten
2. eine ausgeprägte Neigung zu sozialer Sichtbarkeit
3. eine Befindungsweise starker innerer Erregung und Anspanntheit in Situationen, in denen eigene Impulse und Bestrebungen durch äußere Zwänge blockiert oder gehemmt werden

Ein eigenes kurzes Fallbeispiel mag einige Merkmale zwanghafter Rigidität bei einem Koronarkranken deutlich machen:

Fallbeispiel 3

Der Patient ist mit 54 Jahren an einem Herzinfarkt erkrankt. Organische Risikofaktoren bestehen außer einer leichten Hyperlipidämie nicht.

Der Patient ist zusammen mit sieben jüngeren Schwestern in " geordneten Verhältnissen " aufgewachsen. Die Eltern seien " ordentliche und rechtschaffene Leute " gewesen. Er sei fest in den Familienverband eingefügt gewesen und habe schon früh Aufgaben in der Erziehung der jüngeren Schwestern übernehmen müssen. Trotzdem sei er immer ein guter Schüler gewesen. Während der Zeit des Nationalsozialismus habe er sich in Jugendorganisationen

stark engagiert; dort und später beim Militär sei er sehr "gedrillt" worden. Ordnungsliebe, Genauigkeit und Zuverlässigkeit seien ihm "in Fleisch und Blut übergegangen". Unordnung und die Verletzung von allgemein gültigen Regeln habe er nie ertragen können. Auch heute noch gerate er beispielsweise in heftige Erregung, wenn ein Autofahrer an einem Stoppschild vorbeifahre ohne vorschriftsmäßig stehen zu bleiben. Beruflich sei er in seiner Tätigkeit als Elektromechaniker immer sehr gewissenhaft und auch erfolgreich gewesen, und habe in seinem Leben die Stelle nur selten gewechselt. Seine Ehe verlauge harmonisch ohne größere Schwierigkeiten; zwei erwachsene Töchter lebten ebenfalls "sehr ordentlich in gesicherten Verhältnissen".

Beurteilung:

Der Patient ist sehr zwanghaft. Werte wie Ordnung, Genauigkeit und Zuverlässigkeit bestimmen sein Leben und Handeln. Innerlich wirkt der Patient gespannt. Die Erregung scheint bei dem Patienten durchzubrechen, wenn sein festgefügtes Weltbild - zum Beispiel durch das Verhalten der Mitmenschen - in Frage gestellt wird.

Dongier ³⁷ beschreibt in einem theoretischen Aufsatz einen Zusammenhang zwischen den zwanghaften Wesenszügen, wie sie von den mehr psychoanalytisch orientierten Autoren für den Koronarkranken als typisch angegeben werden, und dem aus der klinischen Beobachtung des Verhaltens abgeleiteten Typ A Konzept Friedmans und Rosenmans. Eine gewisse Zwanghaftigkeit - so meint Dongier - könnte dem Typ A Verhalten überhaupt zugrunde liegen.

In seiner Sicht ist ein kombiniertes Modell aus Merkmalen zwanghafter Rigidität u n d dem Typ A Konzept für die Beurteilung der Persönlichkeitsstruktur von Koronarkranken am sinnvollsten.

Dongier führt in seinem Ansatz als Hauptmerkmale in der Persönlichkeit der Koronarkranken an (S. 125):

1. eine Tendenz, sich ängstlich Sorgen wegen der Zukunft zu machen
2. eine Tendenz zur Rationalität und zur Vermeidung enger emotionaler Bindungen
3. ein Bedürfnis nach Dominanz über andere Personen und über die Zeit
4. eine perfektionistische Einstellung
5. eine andauernde Anspannung bei der Arbeit und im Beruf (siehe 1. bis 4.)
6. eine Neigung zu vorübergehenden Depressionen (wenn die Abwehrmechanismen im zwanghaften Charakter zusammenbrechen)

Bei allen Gemeinsamkeiten macht Dongier auf einige Unterschiede - auch in der Literatur - zwischen den Koronarkranken aufmerksam. Während bei Angina Pectoris-Patienten Angst, emotionale Labilität und hypochondrische Tendenzen häufiger sind, zeigen Infarktpatienten und Infarktgefährdete nach Dongier verstärkt zwanghaft-rigide Züge, eine Unterdrückung oder Kontrolle gegenüber Gefühlsäußerungen sowie ein mechanistisches Denken (pensée opératoire)^{x)} mir Verarmung an Phantasie.

Das folgende Beispiel eines Infarktpatienten mag veranschaulichen, wie in der Persönlichkeit von Koronarkranken Merkmale eines Typ A Verhaltens und einer zwanghaften Rigidität im Sinne Dongier's zusammentreffen können:

x) in Anlehnung an das Alexithymie-Modell der Französischen Psychosomatischen Schule^{98,112}
(siehe Diskussion / I.)

Fallbeispiel 4

Der 41jährige Patient befindet sich nach einem akuten Vorderwandinfarkt in stationärer Behandlung; deutlich organische Risikofaktoren sind nicht nachweisbar. Den behandelnden Kardiologen ist bei dem Patienten eine stark leistungsbezogene Haltung aufgefallen; in diesem Zusammenhang erfolgt die Untersuchung.

Vorgeschichte:

In der Untersuchung berichtet der Patient zunächst von dem fast vier Wochen zurückliegenden akuten Ereignis; er habe seinerzeit erst spät ärztliche Hilfe in Anspruch genommen und es falle ihm auch jetzt noch schwer, die Diagnose Herzinfarkt zu akzeptieren. Nur zögernd führt der Patient an, daß er sich gerade in den vergangenen zwei Jahren sehr belastet gefühlt habe. Über 16 Jahre habe er bei der Firma Siemens in Braunschweig gearbeitet, davon die letzten 8 Jahre in leitender Position. Vor zwei Jahren sei er weiterbefördert und nach München versetzt worden. Im Rahmen der innerbetrieblichen Unternehmensberatung habe man ihn immer wieder zu den Niederlassungen von Siemens in der ganzen Welt geschickt, in denen es gekriselt habe und die in die roten Zahlen gekommen seien. Dies sei insgesamt eine schwierige und unbeliebte Tätigkeit. Besonders belastend sei gewesen, daß er noch mehr als sonst der "Motor" für die anderen Mitarbeiter habe sein müssen; diese seien überwiegend passiv gewesen, und er habe sie antreiben müssen. Passivität, Nachgiebigkeit und Lässigkeit im Beruf seien ihm ein Greuel. Es müsse alles stimmen, vor allem Leistung und Ergebnis. Seine Tätigkeit habe es außerdem mit sich gebracht, daß Kollegen ihn unterschwellig angefeindet hätten. Auch dieses sei für ihn sehr belastend gewesen,

zumal er nicht mehr wie früher bei seiner Frau habe " den Dampf ablassen können "; er habe im Gegenteil auch noch für seine Frau dasein müssen, da sie durch den Umzug nach München größere Anpassungsschwierigkeiten gehabt habe als er selbst. Auf dem Leistungssektor habe es durch den Schulwechsel weitere Probleme mit dem jüngeren, jetzt 10jährigen Sohn gegeben. Dies dürfe unter keinen Umständen sein, da sich der Sohn dadurch vielleicht jetzt schon seine spätere Karriere vermasselle.

Biographie:

Der Patient ist mit einer um vier Jahre älteren Schwester aufgewachsen. Der Vater starb in französischer Kriegsgefangenschaft, als der Patient vier Jahre alt war. Die Mutter habe dann wie ein Feldwebel das Regiment übernommen. Sie sei immer konsequent, streng und unnachgiebig gewesen - wohl um den Kindern den Vater zu ersetzen.

Der Patient hat Physik studiert. Vorher hatte er eine Lehre als Elektrobaumeister abgeschlossen und sich gleichzeitig auf einer Abendschule über den zweiten Bildungsweg die allgemeine Hochschulreife erworben. Seit Ende seines Physikstudiums arbeitet der Patient bei der Firma Siemens, zuletzt in leitender Position. Der Patient ist verheiratet. Die Ehe sei in Ordnung. Seine Frau sei sehr viel impulsiver als er selbst und ziehe ihn damit auf, daß er selbst in den kleinen Dingen des täglichen Lebens immer an Profit und Effizienz denke. Zwei Söhne sind jetzt 14 bzw. 10 Jahre alt.

Psychischer Befund:

Der Patient ist in seinem Auftreten und Verhalten sehr korrekt und kontrolliert. Er nimmt von sich aus Kontakt auf, die Beziehung zum Gesprächspartner bleibt aber

während der gesamten untersuchung oberflächlich und distanziert.

Sich selbst schildert der Patient als stark leistungsbehaftet, korrekt und genau. Auch in Kleinigkeiten sei er auf Effizienz ausgerichtet; Nachlässigkeit und Passivität könne er nicht ertragen.

Der Patient wirkt sehr zwanghaft und perfektionistisch. Er stellt hohe Anforderungen an sich selbst und verzeiht sich ein Nachgeben nicht. Außerdem ist er sehr ehrgeizig. Der Gedanke, von einem Jüngeren überrundet zu werden, erstaunt ihn, und er weist ihn als undenkbar zurück.

Eine gewisse innere Unruhe und Getriebenheit ist bei dem Patienten nicht zu übersehen.

Beurteilung:

Der Patient zeigt in seiner Persönlichkeit eine leistungsbezogene und zwanghaft-perfektionistische Haltung.

Alles im Leben wird nach Leistung und Effizienz bemessen.

Im Beruf hat der Patient mit dieser Einstellung, die Passivität und Nachlässigkeit ablehnt, in den beiden zurückliegenden Jahren besonders starke Belastungen und Spannungen erlebt. Seine Aggressionen - zum Beispiel gegenüber der Anfeindung durch einige Arbeitskollegen - kann der Patient dabei nicht offen äußern.

Konflikte scheinen somit - in letzter Zeit verstärkt - im Leistungsbereich und im aggressiven Gefühlsbereich zu bestehen.

Insgesamt kennzeichnen den Patienten Zwanghaftigkeit, Aggressionshemmung und eine extreme Abwehrhaltung gegenüber Passivität ebenso wie seine Überbewertung von Arbeit und Leistung im Sinne eines kompetitiven Typ A Verhaltens.

3. 3 Narzißtische Beeinträchtigung im Identitäts- und Selbstwertgefühl

Einige wenige Untersucher stellen einen Typus von Koronarpatienten heraus, der von den Beschreibungen aller anderer Autoren - und speziell vom Typ A Modell Friedmans und Rosenmans - wesentlich abweicht:

Bahnson und Wardwell ⁶ erkennen bei 32 Herzinfarktpatienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe retrospektiv Identifikationsprobleme in der Kindheit mit überstarker Bindung an Mutter (19 Patienten) oder Vater (13 Patienten), und als Folge davon im späteren Leben die mangelnde Ausbildung eines Identitäts- und Selbstwertgefühls.

Je nach der Orientierung an Mutter oder Vater können bei den späteren Infarktpatienten Angst, Unsicherheit und Autoritätsprobleme einerseits oder selbstbewußte Überaktivität, soziale Leistungsbereitschaft und Zwanghaftigkeit andererseits im Vordergrund stehen.

Bahnson und Wardwell merken dazu an (S. 849):

" Es gibt viele einander widersprechende Aussagen in der Literatur über die Wesensart und die Persönlichkeitsstruktur von Koronarpatienten; einige haben die regressiven und neurotischen Aspekte hervorgehoben, wieder andere das Bild des zwanghaft sich abmühenden, soliden und mustergültigen Bürgers. Das Problem scheint durch unsere Ergebnisse irgendwie gelöst - beide Syndrome kommen vor, allerdings nicht an derselben Person. "

Revers ¹²⁰ interessiert sich vor allem für die Sexualität der Herzinfarktpatienten und glaubt hier, lange vor dem Infarkt nicht selten Störungen entdecken zu können - beispielsweise eine " fehlende echte Entscheidung für den Partner " und einen " unbeherrschbaren Drang zur Libido-

befriedigung mit wechselnden Partnerinnen außerhalb der Ehe ".

Zur Persönlichkeit der Infarktkranken zitiert Revers eine Reihe von Autoren - so zum Beispiel, wenn er in Anlehnung an Halhuber ^{x)} auf den schützenden und auf Distanz haltenden "Charakterpanzer" der Infarktpatienten hinweist.

Eigene Ergebnisse an 19 Herzinfarktpatienten mit Hilfe des Thematischen Apperzeptionstests (TAT) sollen eine " mißglückte virile Selbstverwirklichung " durch infantile Fixierung auf die Mutter und eine gesteigerte, in ihrem Ausdruck aber gehemmte Aggressivität belegen.

Sowohl Bahnson und Wardwell als auch Revers beschreiben einen Koronarpatienten, bei dem eine überstarke Bindung an die Mutter im späteren Leben zu einer schweren narzißtischen Störung im Identitäts- und Selbstwertgefühl geführt hat.

Ein eigenes Fallbeispiel soll im folgenden aufzeigen, daß es auch diesen " untypischen" Koronarpatienten im Sinne von Bahnson, Wardwell und Revers gibt, der wenig mit der Typ A Risikopersönlichkeit Friedmans und Rosenmans gemeinsam hat:

Fallbeispiel 5

Der Patient hat vor wenigen Wochen im Alter von 36 Jahren einen ausgeprägten Vorderwandinfarkt erlitten. Obwohl auf der kardiologisch-internistischen Station mit einem starken Zigarettenkonsum und einer Hypercholesterinämie auch organische Risikofaktoren gefunden worden

x) in einer " persönlichen Mitteilung " des Kardiologen Halhuber an Revers (S. 18) ¹²⁰

sind, ist schon früh auch eine Mitbeteiligung psychischer Faktoren bei der Infarktentsstehung vermutet worden.

Vorgeschichte:

In der Untersuchung meint der Patient selbst, daß psychische Einflüsse bei seinem Herzinfarkt eine Rolle gespielt haben könnten.

In den letzten beiden Jahren habe er sich innerlich wie "zerrissen" gefühlt. Im Frühjahr 1980 habe er sein Medizinstudium beendet. Einen Tag danach - " ohne mir eine Feier zu gönnen " - sei er zu seiner Mutter nach Augsburg gefahren, um ihr bei der Regelung ihrer Angelegenheiten bezüglich einiger Mietshäuser zu helfen. Er habe dabei die Vorstellung gehabt, der Mutter noch zehn schöne Lebensjahre zu machen. Die Mutter sei dann jedoch erkrankt und relativ schnell an einer Leukämie verstorben. Zwar habe er nach dem Tod seiner Mutter die Angelegenheiten mit den Grundstücken und Häusern weiter geregelt; während er sich dazu verpflichtet gefühlt habe, habe er diese Tätigkeit letztlich aber als sinnlos und nicht zu ihm gehörig betrachtet. Etwa zu derselben Zeit, vor etwa 1 1/2 Jahren, sei seine Freundin, zu der er über viele Jahre hinweg eine Beziehung gehabt habe, nach Ostfriesland gezogen. Als Ausländerin aus Indochina habe sie sonst keine Arbeitsstelle als Ärztin finden können. Das starke Gefühl der inneren Zerrissenheit in den vergangenen zwei Jahren habe ihn hin und wieder die Möglichkeit einer Psychotherapie erwägen lassen. Er habe davon aber Abstand genommen, da er eine Psychotherapie als Niederlage empfunden hätte.

Der Herzinfarkt jetzt stelle für ihn einen Makel dar. Er sei sehr ärgerlich, daß seine Schwester Bekannten die Diagnose mitgeteilt habe. Man könne krank sein und " wie ein Phönix aus der Asche " wieder gesund aus dem Krankenhaus gehen, bei einem Herzinfarkt sei dies aber nicht möglich.

Biographie:

Der Patient ist zusammen mit einer jüngerer Schwester in einem Dorf bei Augsburg aufgewachsen. Als er selbst 9 Jahre alt gewesen sei, sei der Vater an einem Lymphom erkrankt; acht Jahre später sei der Vater nach langem Siechtum verstorben. Die Jugend sei durch die Krankheit des Vaters belastet gewesen und er habe von seinem 13. Lebensjahr an bis zum Abitur ein Internat besuchen müssen. Die Mutter habe Enormes geleistet und für den Patienten sehr viel getan.

Entscheidend für ihn sei das folgende Ereignis gewesen: Etwa im Alter von 13 Jahren sei er mit der Mutter und der Schwester nach Augsburg gefahren. Die Mutter habe damals traurig gemeint, daß es nicht mehr lange dauern werde, bis die Kinder sie verlassen würden. Der Patient habe ihr darauf fest zugesichert, daß so etwas nicht passieren und er zu ihr stehen werde.

In der Folge habe er tatsächlich sehr viel Verantwortung übernommen und die Mutter früh bei der Verwaltung ihrer Mietshäuser unterstützt. Während die Schwester später weggezogen sei, habe er sich immer verantwortlich gefühlt.

Nach einem Pharmaziestudium habe er noch Medizin studiert. Durch die Erkrankung seiner Mutter sei er nicht mehr dazu gekommen, sich wie geplant eine Assistenzarztstelle in einer Augenklinik zu suchen.

Psychischer Befund:

Der Patient ist freundlich, im Kontakt vordergründig zugewandt. Er neigt aber sehr dazu, entscheidenden Fragen auszuweichen und detailliert über Nebensächlichkeiten zu berichten. Daß es ihm leicht gelänge, Nebenwege zu finden, räumt der Patient auch selbst ein.

Durch die Untersuchung befürchtet der Patient, wie Siegfried in der Nibelungensage von einer Lanze hinten durch ein Loch in seiner Rüstung getroffen zu werden. Er wehre

sich dagegen, sich seinen "Panzer" nehmen zu lassen. Der Patient wirkt scheu, vermeidet Blickkontakt und zeigt Verlegenheitsbewegungen im Gesicht. Er ist mißtrauisch und hat Angst, in die psychiatrische Kartei zu geraten.

Der Patient schildert sich selbst als sehr ordentlich und als jemanden, der alles " 150 %ig " mache. Aggressionen könne er nicht äußern; er schlucke sie meistens hinunter, nicht zuletzt mit Hilfe von Alkohol. Weiter sieht sich der Patient als nachgiebig, sich selbst zurücksetzen könnend und als stimmungsmäßig ausgeglichen.

Beurteilung:

Besonders auffällig ist die extreme Fixierung des Patienten auf die Mutter. Durch den Tod seiner Mutter empfindet der Patient sein Leben als sinnlos und leer; er ist fast orientierungslos geworden. Ein eigenes Identitäts- und Selbstwertgefühl fehlt ihm offensichtlich weitgehend.

Bemerkenswert ist der "Panzer", hinter dem sich der Patient verstecken und den er sich nicht nehmen lassen will. Der Patient ist mißtrauisch, er könne die Kontrolle über die Umwelt verlieren. Der Möglichkeit einer Psychotherapie steht der Patient sehr ambivalent gegenüber: Obwohl er eine " innere Zerrissenheit " als für seinen Infarkt mitverantwortlich einschätzt, lehnt er doch im Grunde eine Psychotherapie als Ausdruck einer eigenen Niederlage ab. Der Herzinfarkt selbst wird als Makel verstanden.

In der Persönlichkeitsstruktur finden sich bei dem Patienten neben einem mißtrauischen Streben nach Kontrolle über seine Umwelt auch Merkmale zwanghafter Rigidität (macht alles 150 %ig) und eine Aggressionshemmung nach außen. Insgesamt steht bei dem Patienten eine schwere narzißtische Beeinträchtigung im Identitäts- und Selbstwertgefühl im Vordergrund. Ein echtes Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster liegt nicht vor.

4. Eine zusammenfassende tabellarische Literaturübersicht zur Primär- oder Risikopersönlichkeit bei der koronaren Herzkrankheit

In einer chronologisch geordneten t a b e l l a r i - s c h e n Ü b e r s i c h t sollen einige wesentliche Ergebnisse in der Literatur zu Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmalen bei Koronarkranken oder Koronargefährdeten nochmals zusammenfassend dargestellt werden.

Der Schwerpunkt liegt dabei insgesamt bei den Infarktpatienten.

Tabelle 2 : Die Primär- oder Risikopersönlichkeit bei der koronaren Herzkrankheit (Literaturübersicht)

Osler, 1910

Energie, Dynamik, Ehrgeiz (" volle Geschwindigkeit voraus ")

Menningers, 1936

aggressive Tendenzen - häufig unterdrückt

Dunbar, 1943

hartes Arbeiten, zwanghaftes Streben nach der Spitze, Streben nach Leistung und Dominanz, verdeckte Aggressionen, Autoritätsproblematik; wenig neurotische Züge

Arlow, 1945

Ausrichtung an Erfolg und Leistung, Konkurrenzverhalten und Autoritätsproblematik als Folgen einer konflikthafter Konkurrenzbeziehung zum Vater in der Kindheit

Kempe, 1945

Aggressivität, Dominanzstreben, Ehrgeiz; im Selbstwertgefühl starke Abhängigkeit von der Außenwelt (Leistung und Prestige !)

Gildea, 1949

zwanghaft-übertriebenes Arbeitsverhalten, Autoritätsproblematik

Friedman, Rosenman;
ab 1959

Typ A Modell einer koronaren Risikopersonlichkeit. Trias aus ehrgeizigem Konkurrenzverhalten, ungeduldigem Zeitdruckverhalten und (u. U. verdeckt) aggressiver Feindseligkeit. Weiter: Überbetonung von Arbeit und Leistung, gesteigerte Aktivität.

Daneben Auffälligkeiten beim Sprechen und in der Psychomotorik.

Konzept ergänzt durch:

Glass, 1977: Streben nach Dominanz und Kontrolle über die Umwelt

Burke und Weir, 1980: rigide Persönlichkeitsstruktur mit einem wenig flexiblen, direkten Problemlösungsstil

Chesney et al., 1981: wenig neurotische Züge

Jouve et al., 1961

zwanghafte Wesenszüge wie Perfektionismus, Bedürfnis nach Dominanz, Gefühlskontrolle

Cady et al., 1961

Hemmung im emotionalen Ausdruck

Bahnson, Wardwell;
1962

mangelnd ausgebildetes Identitäts- und Selbstwertgefühl durch überstarke Bindung an Mutter oder Vater in der Kindheit

Minc et al., 1963

Desintegration von Rationalität und Emotionalität mit erhöhter rationaler Kontrolle über Gefühle

Amsterdamer Gruppe;
1966 - 1968
Van Heijningen,
Treurniet; Van der
Valk, Groen; Bastiaans

Abwehr von passiv-abhängigen Tendenzen; übersteigerte Aktivität, "Arbeitssucht"; Konkurrenzverhalten; Streben nach Dominanz, Unabhängigkeit und Kontrolle; Konflikte im Umgang mit aggressiven Impulsen, starke Gefühlskontrolle; soziale "Überangepasstheit"

Hahn, 1971

Merkmale zwanghafter Rigidität wie Pedanterie, Pünktlichkeit und Ordentlichkeit; Extraversion in Verhalten und Selbstwertgefühl

Ganelina, Kraevsky;
1971

beschleunigtes Arbeitsverhalten, ausgeprägter Ehrgeiz

Dongier, 1974

Modell aus Typ A Verhalten plus Merkmalen zwanghafter Rigidität: Bedürfnis nach Dominanz über Personen und Zeit; Perfektionismus; Rationalität und Vermeidung enger emotionaler Bindungen; Anspannung bei der Arbeit; Neigung zu vorübergehenden Depressionen. Gewisse Unterschiede zwischen Infarktpatienten (mechanistisches Denken) und Anginapatienten (emotional labiler)

Revers, 1978

mißglückte (virile) Selbstverwirklichung durch infantile Fixierung auf die Mutter; gesteigerte, im Ausdruck gehemmte Aggressivität; "Charakterpanzer"; spezielle sexuelle Bindungsproblematik

Egger, 1982

Neigung, im Arbeitsbereich Übermäßiges zu leisten; Neigung zu sozialer Sichtbarkeit (hohe subjektive Bedeutung sozialer Anerkennung); starke innere Erregung und Angespanntheit bei Blockierung eigener Impulse und Bestrebungen durch äußere Zwänge

II. VORBESTEHENDE EMOTIONALE BELASTUNGEN BEI DER KORONAREN HERZKRANKHEIT AM BEISPIEL DES HERZINFARKTS

Nach einer Untersuchung von Schmale¹³² aus dem Jahr 1958 kann vielen Krankheiten eine Phase depressiver Hilflosigkeit und ein Objektverlust im Sinne einer tatsächlichen, angenommenen oder symbolischen Trennung von nahestehenden Bezugspersonen vorausgehen.

Im folgenden soll am Beispiel des Herzinfarkts dargelegt werden, inwieweit über gewisse, schon beschriebene Persönlichkeitsmerkmale hinaus vorbestehende emotionale Belastungen auch bei der koronaren Herzkrankheit eine Bedeutung haben. x)

1. Längerfristige emotionale Belastungen (mit Fallbeispielen)

Eine Reihe von Untersuchern betont das gehäufte Vorkommen von längerfristigen emotionalen Belastungen Monate bis Jahre vor einem Herzinfarkt:

Weiss et al.¹⁵⁰ gelangen schon 1957 zu dem Ergebnis, daß einem Herzinfarkt nicht selten eine " Periode von allmählich steigender Spannung " um Monate bis Jahre vorausgeht. In diesem Zeitraum - so meinen Weiss et al. - können unter anderem Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, sexuelle Probleme, eine depressive Verstimmung, ein Abbrechen sozialer Kontakte und ein vermehrtes Rauchen und Trinken beobachtet werden.

x) Auf die Life Event Forschung, die veränderte Lebensumstände mit einem Herzinfarkt in Beziehung bringt^{139,140}, kann hier nicht im einzelnen eingegangen werden

Eine solche vorbestehende Periode chronischer emotionaler Belastung mit zunehmender innerer Spannung und Depression können Weiss et al. bei etwa der Hälfte ihrer 43 untersuchten Herzinfarktpatienten retrospektiv nachweisen - mit einer deutlich zunehmenden Tendenz (bis auf zwei Drittel) in jüngerem Alter.

Thiel et al. ¹⁴¹ stellen in ihrer Untersuchung an 50 Herzinfarktpatienten im Alter zwischen 40 und 60 Jahren rückblickend fest, daß dem Infarkt oft jahrelange Schlafstörungen sowie innerhalb von ein bis zwei Jahren vorher eine ängstlich-depressive Verstimmung, ein Gefühl des Alleinseins und eine gesteigerte Nervosität vorausgegangen sind.

Bersier ⁹ zieht aus psychiatrischen Interviews mit 61 Herzinfarktpatienten die Schlußfolgerung, daß bei 49 von ihnen - also bei 80 % - einige Zeit vor dem Infarkt eine depressive Grundstimmung bestanden hat, verbunden mit einem verminderten Selbstwertgefühl oder einem Gefühl von Traurigkeit oder Hilflosigkeit. Depressionen vor einem Herzinfarkt werden nach Bersier kaum je spontan von den Patienten als solche angegeben, sondern müssen nach genauerem Nachfragen nachträglich und indirekt aus Unruhe, Schlafstörungen, Interessenabnahme und Unzufriedenheit in der Zeit vor dem Infarkt abgeleitet werden.

Bianchi et al. ¹⁰ halten als Ergebnis aus einer retrospektiven Studie in Australien fest, daß die 40 untersuchten Herzinfarktpatienten für eine Zeit von 6 Monaten vor Erkrankungsbeginn im Rückblick signifikant mehr ängstlich-depressive Symptomatik und 2 1/2 mal häufiger einschneidend veränderte und emotional belastende Lebensumstände schildern als eine Kontrollgruppe aus chirurgischen Patienten. Nach der Theorie von Bianchi et al. könnte ein vorbestehendes depressives Zustandsbild mit Lustlosigkeit, Reizbarkeit, Ruhelosigkeit, Angst und Schlafstörungen kausal mit der Infarktentstehung verbunden sein.

Appels ⁴ kann in einer prospektiven (!) Studie an 415 Männern in Holland aufzeigen, daß längerdauernde Gefühle von Erschöpfung und Depression (erhoben mit dem sogenannten Maastricht Questionnaire) tatsächlich mit einem höheren Risiko einhergehen, später einen Herzinfarkt zu erleiden. Im einzelnen werden bei den späteren Herzinfarktpatienten bis zu 10 Monate vor dem Ereignis Erschöpfung, Hilflosigkeit, Insuffizienzgefühle, Depressionen und Schlafstörungen überzufällig häufig angetroffen.

Eine Periode chronischer emotionaler Belastung mit Depressionen, innerer Spannung und Hilflosigkeit - wie sie die oben genannten Autoren für eine Zeit von Monaten bis Jahren vor einem Herzinfarkt schildern - wird auch in einem eigenen Fallbeispiel (Fall 5) deutlich erkennbar:

(Es handelt sich um einen Patienten, bei dem kein echtes Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster im Sinne einer koronaren Risikopersönlichkeit auszumachen ist, sondern bei dem eine schwere Beeinträchtigung im Identitäts- und Selbstwertgefühl im Vordergrund steht; siehe Abschnitt I. 3. 3)

Der Patient ist etwa zwei Jahre nach dem Tod seiner Mutter im Alter von 36 Jahren an einem schweren Vorderwandinfarkt erkrankt. Seit dem Tod der Mutter hatte der Patient sein Leben als sinnlos und leer empfunden und sich innerlich wie "zerrissen" gefühlt.

Verwiesen sei auch auf das Fallbeispiel 4 (siehe Abschnitt I. 3. 2): Eine Periode emotionaler Belastung und Spannung ist hier ebenfalls dem Herzinfarkt längere Zeit vorausgegangen.

2. Akute emotionale Belastungen (mit Fallbeispielen)

Einige Autoren befassen sich über eine Phase chronischer emotionaler Belastung hinaus mehr mit der akuten emotionalen Auslösesituation Tage bis Wochen vor einem Herzinfarkt.

Die Untersucher der Amsterdamer Psychosomatischen Gruppe weisen auf eine bestimmte Konfliktkonstellation kürzere Zeit vor einem Herzinfarkt hin:

Van Heijningen und Treurniet¹⁴⁶ gehen davon aus, daß der Herzinfarkt nicht selten das Resultat aus einem kaum lösbaren Doppelkonflikt ist, wenn nämlich Fehlschläge und Zurückweisungen im Beruf und im Privatleben zusammenkommen und zum Beispiel berufliche Schwierigkeiten nicht mehr durch die unangefochtene Anerkennung und Liebe im familiären Bereich kompensiert werden können.

Van der Valk und Groen¹⁴³ machen ebenfalls auf die verheerende Kombination einer Kränkung oder Niederlage im Beruf mit einer " Revolte zu Hause " x) aufmerksam, zumal wenn gleichzeitig eine Aggressionshemmung nach außen besteht.

Bastiaans⁸ formuliert die auslösende Konfliktsituation beim Herzinfarkt in einer psychoanalytischen Sicht so:
" Ein Herzinfarkt ereignet sich häufig dann, wenn narzißtische Verletzung und Frustration im Berufsleben mit Frustrationen in einer libidinösen Beziehung zum Partner, zu den Kindern oder zu Freunden zusammenfallen (S. 207). "

- x) Van der Valk und Groen¹⁴³ stellen übrigens einen Zusammenhang zwischen der fortschreitenden Emanzipation der Frau in unserer Gesellschaft und der gehäuften Infarktrate beim Mann her

Engel ⁴⁴ hebt die Bedeutung eines Objektverlusts in der Auslösesituation hervor:

In einer Auswertung von 170 plötzlichen und unerwarteten Todesfällen hauptsächlich kardialer Ursache kann Engel in 59 % (= 102) aller Fälle die Konstellation eines echten oder drohenden Objektverlusts ausmachen.

Zu solchen krankmachenden oder todbringenden Verlustkonstellationen rechnet Engel den drohenden oder tatsächlichen Verlust einer nahestehenden Bezugsperson ebenso wie - gerade bei Männern - den Verlust von Selbstwertgefühl oder beruflichem Status. Wesentlich ist nach Engel im Rahmen der Verlustkonstellation, " daß die betreffende Person keine Herrschaft und Kontrolle mehr über die Situation oder gar über sich selbst hat oder zu haben glaubt, oder daß sie zumindest fürchtet, solche Kontrolle zu verlieren (S. 778). "

Letztlich stellt Engel die Hypothese auf, daß ein drohender oder tatsächlicher Objektverlust, zumal wenn er als erheblicher Kontrollverlust erlebt wird, unter Umständen akut zu einem Infarkt oder Infarkttdod führen kann.

Drei eigene kurze Fallbeispiele sollen die mögliche Bedeutung eines akuten Objektverlusts im Sinne von Engel für die Auslösung eines Herzinfarkts verdeutlichen. Es handelt sich in allen Fällen um eine schmerzliche Verlustkonstellation mit einer endgültigen oder vorübergehenden Trennung von emotional sehr nahestehenden Bezugspersonen:

Fallbeispiel 6

Der Patient hat mit 40 Jahren einen Hinterwandinfarkt erlitten und mußte reanimiert werden. Drei Wochen zuvor war der beste Freund des Patienten ganz überraschend einem Herzinfarkt erlegen. Der Tod dieses Freundes habe ihn " sehr getroffen ".

Fallbeispiel 7

Die Patientin ist mit 38 Jahren akut an einem Herzinfarkt erkrankt. Vierzehn Tage vorher hatte eine schwere Auseinandersetzung mit dem langjährigen Freund stattgefunden, in deren Verlauf der Freund aus der gemeinsamen Wohnung auszog. Der Freund ist verheiratet und hat eine kleine Tochter. Gerade in letzter Zeit fühlte sich die Patientin - auch finanziell - hinter die Ehefrau des Freundes zurückgesetzt und fürchtete, von ihm verlassen zu werden. Sich selbst schildert die Patientin als sehr besitzergreifend und eifersüchtig. Die starken Trennungsängste in Bezug auf den Freund bestehen bei der Patientin auch nach dem Infarkt fort und kommen in der Bemerkung zum Ausdruck: " Ich bekomme sofort ein Stechen in der Herzgegend, wenn ich nur an die Möglichkeit einer Trennung denke. "

Fallbeispiel 8

Bei dem Patienten ist der Herzinfarkt zwei Tage nach dem Begräbnis der Ehefrau aufgetreten. Die Frau war einige Tage zuvor ganz plötzlich an einem - allerdings schon bekannten - Herzleiden verstorben. Der Patient erlebte seine Ehe als außergewöhnlich harmonisch und glücklich. Als er vom unerwarteten Tod seiner Frau erzählt, wird der 60jährige Patient deutlich depressiv und hat Tränen in den Augen.

3. Die Bedeutung emotionaler Faktoren beim Herzinfarkt in einer Zusammenfassung

In einer knappen Zusammenfassung der Bedeutung emotionaler Faktoren beim Herzinfarkt bleibt festzuhalten:

Für die Zeit vor einem Herzinfarkt werden nicht selten akute oder chronische emotionale Belastungen nachweisbar. Längerfristig können einem Herzinfarkt Depressionen, innere Spannung und Gefühle von Hilflosigkeit, mehr akut Objektverluste und schwere Frustrationen in Beruf u n d Privatleben vorausgehen.

Eine Tabelle mag dies zusammenfassend veranschaulichen:

Tabelle 3 : Emotionale Belastungen vor einem Herzinfarkt

Längerfristig	Akut
zunehmende innere Spannung depressive Stimmung Gefühle von Hilflosigkeit	Objektverluste schwere Frustrationen in Privatleben u n d Beruf (Doppelkonflikte !)

III. PSYCHISCHE REAKTIONEN AUF DIE KORONARE HERZKRANKHEIT AM BEISPIEL DES HERZINFARKTS

Elisabeth Cay ²⁶ macht zu Recht darauf aufmerksam, daß sich das psychologische Interesse an der koronaren Herzkrankheit zunächst fast ausschließlich auf die Frage nach einer eventuellen Risikopersönlichkeit und bestimmten emotionalen Auslösefaktoren beschränkte (S. 120): " Erst in den späten Fünfziger- und frühen Sechziger-Jahren begann sich der Schwerpunkt etwas zu verlagern; es erschienen erstmals Veröffentlichungen mit der damals revolutionären These, psychologische Faktoren seien wesentlich für Erfolg oder Mißerfolg in der Behandlung. "

Im folgenden soll am Beispiel des Herzinfarkts untersucht werden, welche psychischen Reaktionen auf die koronare Herzkrankheit auftreten und wie sie die Persönlichkeit und den Krankheitsverlauf bei den Koronarkranken beeinflussen können.

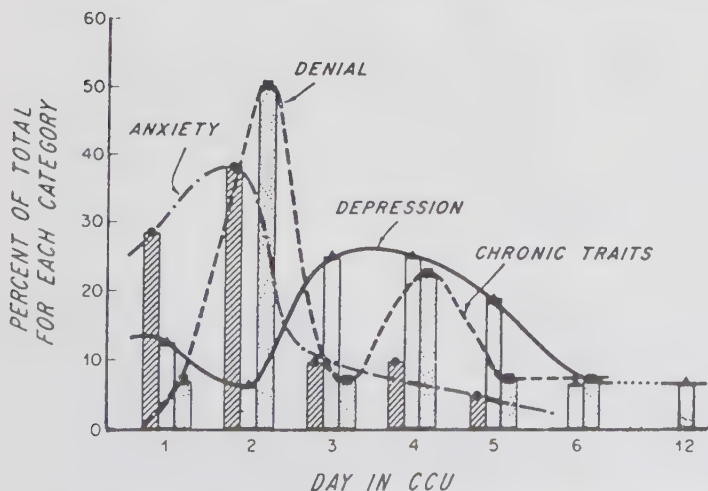
1. Allgemeines zu den drei Hauptreaktionen: Angst, Depression, Verleugnung

Nach übereinstimmenden Ergebnissen in der Literatur sind die hauptsächlichsten psychischen Reaktionen nach einem Herzinfarkt Angst, Depression oder ein Verleugnen der Erkrankung:

Billings ¹¹ betont, daß Verleugnung der Erkrankung, Angst und Depression in etwa dieser Reihenfolge praktisch bei jedem Patienten nach einem Herzinfarkt vorkommen. Jede einzelne Reaktion kann nach Billings aber pathologische Züge annehmen, falls sie übersteigert oder verlängert ist.

Cassem und Hackett²³ können in einer wegweisenden Untersuchung für die Akutphase nach einem Herzinfarkt aufzeigen, daß die psychischen Reaktionen auf den Infarkt im allgemeinen einem bestimmten zeitlichen Verlauf folgen. So scheinen auf der Intensivstation Angst vor allem am 1. und 2. Tag und Depressionen vorwiegend am 3. und 4. Tag nach der Aufnahme zu erwarten zu sein, während eine verleugnende Reaktion jeweils am 2. und 4. Tag ihr Maximum hat. Cassem und Hackett stützen sich mit diesen Ergebnissen auf Erfahrungen im psychiatrischen Konsiliardienst. Eine psychiatrische Konsiliaruntersuchung war bei 145 von 441 Patienten nach einem akuten Herzinfarkt von der Intensivstation angefordert worden, ganz überwiegend wegen Angstzuständen (47), Depressionen (44) und Verhaltensproblemen (30) aufgrund einer den Infarkt und seine Konsequenzen verleugnenden Haltung. Cassem und Hackett halten diese Reaktionen in ihrem Verlauf auf der Intensivstation in einer Graphik fest:

Graphik 2 (nach Cassem and Hackett, 1971, S. 13)²³ :



Hypothetical sequence of emotion and behavioral actions of the CCU patient.

Als Ursache für die Angst finden Cassem und Hackett in der Mehrzahl der Fälle Gedanken an den eigenen Tod oder Todesahnungen, oft verstärkt durch körperliche Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Schwäche und Herzrhythmusstörungen.

Den Depressionen liegen nach Cassem und Hackett meist schwere Verletzungen im Selbstwertgefühl durch die plötzliche Infarkterkrankung zugrunde. Die Patienten fürchten eine Einschränkung in ihrer Aktivität und Selbstständigkeit, eine Änderung liebgewonnener Lebensgewohnheiten, ein vorzeitiges Altern oder gar Invalidität und Impotenz.

Die Verleugnung der Erkrankung und ihrer Konsequenzen soll nach Cassem und Hackett emotionale Unruhe und Angst unter Kontrolle halten und führt im Krankenhaus vor allem zu Problemen im Umgang mit den dann widerspenstigen Patienten, die beispielsweise die notwendige Bettruhe und die Einnahme wichtiger Medikamente verweigern können.

Cassem und Hackett weisen nachdrücklich darauf hin, daß im Prinzip bei allen Patienten nach einem Herzinfarkt akut mit psychischen Reaktionen wie Angst, Depression und Verleugnung gerechnet werden muß - vielleicht sogar nach einem bestimmten zeitlichen Verlauf. Obwohl es sich also in vielen Fällen um normale psychologische Phänomene nach einem Herzinfarkt handelt, ist nach dem Urteil der beiden Psychiater eine frühe Erkennung und Intervention sehr sinnvoll, um eine pathologische Fixierung der Reaktionen für die Zukunft zu verhindern.

Froese et al. ⁶² können in einer Untersuchung an 36 Herzinfarktpatienten deutlich machen, daß Angst, Depression und Verleugnung auch in der allgemeinen Krankenhausphase - d. h. nach Verlegung von der Intensiv- auf eine Allgemeinstation - die drei Hauptreaktionsweisen nach einem Herzinfarkt sind. Im Normalfall sollten diese Reaktionen

im Verlauf des stationären Krankenhausaufenthalts nach Froese et al. allerdings in ihrer Ausprägung stetig abnehmen.

Mayou et al. ^{101,102} weisen in ihren Untersuchungen an 100 Herzinfarktpatienten im Alter unter 70 Jahren nach, daß Angst und Depression einerseits sowie Verleugnung der Erkrankung andererseits noch lange nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fortbestehen und das psychische Befinden in der Rehabilitationsphase bestimmen können. Angst und / oder Depressionen finden sich in schwerer Ausprägung in etwa einem Drittel aller Fälle sowohl zwei Monate als auch noch ein Jahr nach dem Herzinfarkt. Bei 20 % aller Patienten werden bestehende Beschwerden im Vergleich zu den Angaben des Ehepartners bagatellisiert, die Infarkterkrankung und ihre Konsequenzen verleugnet.

Cay et al. ²⁵ glauben in einer Untersuchung an 200 Koronarkranken - in der Mehrzahl Infarktpatienten - bei 51 % noch nach 4 Monaten und bei 46 % noch nach einem Jahr Angst und / oder Depressionen erkennen zu können. In 25 % aller Fälle sind diese Reaktionen so schwer, daß deshalb selbst nach einem Jahr die Arbeit nicht wieder aufgenommen worden ist. Die Angst und / oder die Depressionen lassen sich nach Cay et al. meist nicht zum Schweregrad der Erkrankung und zu irgendwelchen körperlichen Beschwerden in Beziehung setzen, sondern sind eher von der einzelnen Persönlichkeit bestimmte Reaktionsweisen auf die Erkrankung.

Wishnie et al. ¹⁵² stoßen bei 21 von 24 interviewten Herzinfarktpatienten noch 3 bis 9 Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auf Gefühle von Angst oder Depression, die dem Hausarzt gegenüber aber häufig nicht eingestanden oder verleugnet werden. Fast die Hälfte der Patienten können nachts nur schlecht schlafen, weil sie immer wieder an ihr Herz denken müssen.

Croog et al.³³ beschäftigen sich in ihrer Studie speziell mit der verleugnenden Reaktion gegenüber der Infarkterkrankung. Von den 345 untersuchten Infarktpatienten im Alter zwischen 30 und 60 Jahren verleugnen 20 % selbst kurz vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus die Tatsache, " daß sie eine Herzattacke gehabt haben ". x) Auch nach einem Jahr scheint diese verleugnende Haltung gegenüber dem Herzinfarkt und seinen Konsequenzen bei diesen Patienten unverändert Bestand zu haben: Die "Verleugner" bagatellisieren eventuelle körperliche Beschwerden, mißachten ärztliche Ratschläge, nehmen verschriebene Medikamente nicht oder nur unregelmäßig ein, und rauchen weiterhin.

Für McLane et al.¹⁰³ sind Verleugnung einerseits oder Angst und Depression andererseits auf die Dauer beides Fehlreaktionen (maladaptive coping styles) von Patienten auf die Infarkterkrankung, die den Rehabilitationserfolg aus sehr unterschiedlichen Gründen gefährden: Der verleugnende Patient fühlt sich gesund. Er neigt dazu, alle Tätigkeiten zu übertreiben und ärztliche Empfehlungen nicht anzunehmen, die seine Lebensweise, seine körperliche Aktivität und die Wiederaufnahme der Arbeit betreffen. Der ängstlich-depressive Patient sehnt sich zu Hause nach der ständigen Betreuung und Beachtung im Krankenhaus zurück. Er kann sich nach seinem Herzinfarkt hilflos oder gar wie ein Invalider fühlen.

Rosen und Bibring¹²¹ gelangen zu der Schlußfolgerung (S. 809):

" Es gibt .. weitgehende Übereinstimmung darüber, daß die häufigsten Reaktionen auf einen Herzinfarkt Angst, Depres-

x) 12 % antworten dabei auf die Frage, ob sie einen Herzanfall gehabt hätten, mit "Nein" und 8 % mit " Ich weiß nicht " (trotz medizinischer Aufklärung !)

sion und Verleugnung der Erkrankung sind. Im Zusammenhang mit diesen Reaktionen wird gewöhnlich festgestellt, daß einige Patienten sich nicht an die medizinischen Verordnungen halten und andere dazu neigen, sich - während der chronischen Phase der Erkrankung - bis zur Selbstinvalidität einzuschränken. "

Im folgenden sollen einzelne Aspekte zur Verleugnung einerseits und zur Angst und Depression andererseits als Hauptreaktionen nach einem Herzinfarkt im speziellen behandelt werden.

2. Spezielle Aspekte zur Verleugnung mit Fallbeispielen

Weisman und Hackett ¹⁴⁹ definieren den psychologischen Reaktionsmechanismus Verleugnung als " das bewußte oder unbewußte Nichtanerkennen eines Teils oder der gesamten Bedeutung eines Ereignisses, um Furcht, Angst oder andere unangenehme Gefühle von sich abzuwehren ".

Olin und Hackett ¹¹³ können für die Zeit unmittelbar nach einem akuten Herzinfarkt aufzeigen, daß ein die Erkrankung verleugnendes Verhalten sehr gefährlich sein kann, indem nämlich ärztliche Hilfe verspätet und oft nur auf das Drängen von Angehörigen hin in Anspruch genommen wird. ^{x)}
In ihrer Untersuchung an 32 Patienten nach einem akuten Herzinfarkt ist es die überwiegende Reaktion der Patienten,

x) 50 bis 60 % aller Todesfälle beim Herzinfarkt ereignen sich innerhalb der ersten 4 Stunden danach ! ⁷²

Hilfe erst mit Verspätung zu suchen - in einem Drittel der Fälle erst nach mehr als fünf Stunden - und Todesängste fast vollständig zu leugnen. Häufig werden nach Olin und Hackett die starken Brustschmerzen auch mit einer eher harmlosen Selbstdiagnose zu erklären versucht, wie zum Beispiel mit einer "Magenverstimmung".

Olin und Hackett merken dazu an (S. 981):

" Die Patienten benehmen sich .., als ob sie die Wahrheit nicht erkennen wollten ... Diese verzweifelten Versuche, der Bedeutung von Symptomen nicht ins Auge sehen zu wollen, scheint daher zu rühren, daß der Patient eine koronare Herzattacke mit dem plötzlichen und unvermeidlichen Tod gleichsetzt. "

Zwei eigene Fallbeispiele mögen verdeutlichen, wie gefährlich eine verleugnende Reaktion das unmittelbare Krankheitsverhalten nach einem Herzinfarkt im Sinne einer verspätet angenommenen medizinischen Betreuung beeinflussen kann:

Fallbeispiel 1

(Es handelt sich um einen Patienten mit einem sehr ausgeprägten Typ A Verhalten; siehe Abschnitt I. / 2. 2. 4)

Der 64jährige Patient hat zwei Tage lang versucht, seinen Herzinfarkt nicht wahrzunehmen.

Er arbeitete weiter, machte gegen die starken Schmerzen Freiübungen. Den schließlich auf Drängen seiner Frau herbeigerufenen Notarzt wertete der Patient als "Nichtskönnner" ab, als dieser einen Herzinfarkt diagnostizierte.

Der Patient fuhr später mit dem eigenen Auto zur Klinik.

Fallbeispiel 4

(Hier geht es um einen Patienten, bei dem Merkmale zwanghafter Rigidität mit einem Typ A Verhalten zusammenkommen; siehe Abschnitt I. / 3. 2)

Der 41 Jahre alte Patient hat seinen Herzinfarkt und die damit verbundenen Schmerzen mehrere Tage lang verleugnet.

Der Patient reagierte auf beträchtliche nächtliche Brustschmerzen in den folgenden Tagen mit vermehrter sportlicher Betätigung. Obwohl die Schmerzen nach einigen Tagen wieder schlimmer wurden, unternahm er noch eine Dienstreise. Erst danach suchte der Patient seinen Hausarzt auf.

Der Patient meint, die Diagnose Herzinfarkt sei für ihn sehr überraschend gewesen und es falle ihm auch jetzt - fast vier Wochen später - immer noch schwer, diese zu akzeptieren.

Einige Autoren befassen sich speziell mit der Bedeutung einer die Erkrankung und ihre Konsequenzen verleugnenden Reaktion für den Infarktpatienten auf der Intensivstation.

Nach Gentry et al. ⁶⁴ dient eine verleugnende Haltung gegenüber dem Herzinfarkt und seinen Konsequenzen auf der Intensivstation dazu, Angst und vor allem Todesangst zu unterdrücken und zu bewältigen, und ist hier somit eine sinnvolle und günstige Reaktion. Gentry et al. schreiben (S. 44): " ... Der Abwehrmechanismus der Verleugnung bestimmt ganz wesentlich das Maß an Angst, das Patienten auf der Intensivstation kennzeichnet. "

Hackett et al. ⁷¹ unterstreichen ebenfalls die wichtige Funktion einer Verleugnungsreaktion bei Infarktpatienten auf der Intensivstation zur Abwehr von Todesängsten und

Todeserfahrungen. In ihrer Untersuchung sind 11 von 50 Infarktpatienten auf der Intensivstation Zeugen eines Herzstillstands und einer Reanimation bei einem anderen Patienten gewesen; nur drei von ihnen geben in Gesprächen ihren Ängsten offen Ausdruck, der Rest versucht das angstmachende Erlebnis zu verdrängen und zu verleugnen.

Druss und Kornfeld ⁴¹ stellen fest, daß Infarktpatienten die eigene Erfahrung eines Herzstillstands und einer anschließenden Wiederbelebung besonders stark verleugnen. Nicht einer von den 10 untersuchten Patienten kann den Folgen des Herzstillstands und der Grenzerfahrung, " tot und wiedergeboren zu sein ", ohne Verleugnung begegnen. Die uneingestandene Angst der Patienten äußert sich nach Druss und Kornfeld oft in Alpträumen mit Todesinhalt und in manchmal lange bestehenden Schlafstörungen.

Soloff ¹³⁴ beschäftigt sich als ein im Konsiliardienst tätiger Psychiater über die Phase der Intensivbehandlung hinaus umfassend mit dem Problem der Verleugnung nach einem Herzinfarkt.

Auch in seiner Sicht ist eine verleugnende Reaktion gegenüber der Erkrankung auf der Intensivstation zunächst ein günstiger Anpassungsmechanismus für den Infarktpatienten, um mit Todesängsten und Todeserfahrungen fertig zu werden. Soloff meint (S. 126):

" Abgesehen von dem außergewöhnlich stark verleugnenden Patienten, der sich gegen Beschränkungen durch die Intensivbehandlung auflehnt, ist die Konsultation des Psychiaters in der akuten Phase selten erforderlich. Es ist die Zeit der fortschreitenden Genesung im Krankenhaus und der Rehabilitation zu Hause, wo die Risiken einer ausgeprägten Verleugnungsreaktion deutlich werden. "

Nach Soloff sind " Phasen des Übergangs ", wie die Zeit nach Verlegung von der Intensiv- auf eine Allgemeinstation oder nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, besonders

kritisch für den Infarktpatienten. Hier kann es zum Zusammenbrechen der bisher stark verleugnenden Haltung kommen. Angst und Depression drohen den Patienten dann zu überwältigen. In extremen Fällen kann es nach Soloff unter dem Stress des Übergangs sogar zu einer " vorübergehenden paranoiden Psychose mit klarem Bewußtsein " kommen, wenn der Mechanismus der Verleugnung der Erkrankung gegenüber versagt und die Angst den Patienten so überwältigt, daß sie psychotische Züge annimmt. Der Infarktpatient fühlt sich dann von seiner Umwelt im Krankenhaus bedroht oder verfolgt. Die Ursache für dieses akute und durchaus dramatische Ereignis, das sich Ärzte und Schwestern oft nicht erklären können, sieht Soloff so (S. 129): " Das Hervorbrechen einer vorübergehenden paranoiden Psychose mit einem klaren Sensorium im Anschluß an ein Zusammenbrechen der abwehrenden Verleugnung ist auf eine Angst vor dem Tod zurückzuführen. "

Abgesehen von dieser akuten und insgesamt recht seltenen paranoiden Reaktion wirft eine Haltung, die den Infarkt mit allen seinen Konsequenzen verleugnet, nach Soloff erhebliche Probleme in der Behandlung der Patienten auf und steht - auch längerfristig - den ärztlichen Rehabilitationsbemühungen entgegen. So werden häufig ärztliche Ratschläge nicht angenommen, notwendige Medikamente nicht eingenommen, Einschränkungen nicht akzeptiert; die Patienten belasten sich zu stark, fangen zu früh zu arbeiten an und geben schädliches Risikoverhalten wie das Rauchen nicht auf.

Soloff relativiert in seinem Aufsatz die Bedeutung einer verleugnenden Reaktion als überwiegend sinnvollen Anpassungsmechanismus nach einem Herzinfarkt insgesamt sehr und schreibt in einer Zusammenfassung (S. 130):

" Die Gefahren einer übermäßigen Verleugnungsreaktion werden dem in der Rehabilitation tätigen Psychiater am deutlichsten bewußt. Diese Gefahren schließen eine Anfälligkeit zur akuten Dekompensation in Phasen des Übergangs zu einer

weniger intensiven medizinischen Betreuung ebenso ein wie einen chronischen Widerstand gegenüber einer behutsamen Genesung und Rehabilitation. "

Beide Aspekte vermag Soloff in einem ausgezeichneten Fallbeispiel deutlich zu machen (S. 127/128) ¹³⁴:

Bei dem Patienten handelt es sich um einen 46jährigen Automechaniker, der innerhalb von 6 Wochen zwei Herzinfarkte erlitten hat. Eine Herzerkrankung war vorher nicht bekannt.

Zwei Wochen vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus hatte der Patient mehrere, jeweils etwa 45 Minuten anhaltende Attacken von vernichtendem Schmerz hinter dem Brustbein durchgemacht, diese alarmierenden Symptome aber dennoch nicht ernst genommen. Am Tag vor der Aufnahme waren die Schmerzen 12 Stunden lang immer wieder von neuem aufgetreten, bevor der Patient in die Notaufnahme kam. Durch das EKG und die Enzymwerte wurde ein ausgedehnter Vorderwandinfarkt diagnostiziert. Die ersten 5 Tage auf der Intensivstation waren durch anhaltende schwere Brustschmerzen und durch eine Hypertonie (180 / 130) belastet. Während dieser Zeit war der Patient vorübergehend verwirrt, ein wenig ängstlich und deprimiert. Sehr zur Verwunderung des Pflegepersonals beschäftigte sich der Patient nur mit seiner 5 Jahre zurückliegenden Scheidung und seinen momentanen finanziellen Sorgen, nicht jedoch mit seinem bedenklichen Gesundheitszustand. Als die Schmerzen nachgelassen hatten, begann der Patient den Schwestern gegenüber Witze und sexuelle Anspielungen zu machen und mit seinen sexuellen Taten zu prahlen. Er schien in seiner Fröhlichkeit die ungewohnte Umgebung mit den Monitoren und der lebenserhaltenden Technik ganz vergessen zu haben. Zu keinem Zeitpunkt zeigte er sich beunruhigt über seinen Zustand oder gar die Möglichkeit seines Todes. Nach seiner Verlegung auf die All-

gemeinstation am 6. Tag begann der Patient ganz offen die Tatsache zu verleugnen, daß er einen Herzanfall gehabt hatte. Er folgte den ärztlichen Anordnungen nicht, stritt sich mit Ärzten und Schwestern wegen einer vorzeitigen Entlassung, und weigerte sich trotz aller Bemühungen des Personals, seine Diagnose zu akzeptieren. Nachdem er aus dem Krankenhaus entlassen war, mißachtete er die Anweisung seines Arztes, er dürfe sich nicht belasten, und nahm nach 3 Tagen die Arbeit wieder auf.

Der zweite Infarkt ereignete sich 3 Wochen später bei der Arbeit. Im Anschluß an eine kurze Episode von ventrikulärer Tachykardie war der Krankheitsverlauf vom Herzen her bemerkenswert unkompliziert. Das Verhalten des Patienten war dagegen von schwerer Angst und Todesangst bestimmt - ganz im Gegensatz zu dem ersten Krankenhausaufenthalt. Der Patient machte sich schwere Vorwürfe, weil er dem Rat seines Arztes nicht gefolgt war, und mußte in seinen Ausbrüchen von Angst und Tränen medikamentös sediert werden. Am 3. Tag wurde er von der Intensiv- auf eine Allgemeinstation verlegt. Seine Angst nahm daraufhin zu. Schließlich kam es bei dem Patienten zu einer vorübergehenden psychotischen Episode mit Verfolgungswahn, ohne daß das Bewußtsein getrübt war.

48 Stunden lang gab der Patient die Vorstellung nicht auf, er sei im Krankenhaus, um einen Verwandten zu besuchen. Er meinte, sein Körper rieche faulig, weshalb ihn die Schwestern mieden. Der Patient ließ sich nicht davon abbringen, er würde dafür bestraft, daß er den Rat seines Arztes mißachtet hätte. Die Monitore zur Aufzeichnung der Herztätigkeit wurden als Spionagegeräte verstanden, andere Patienten eines feindlichen Komplotts bezichtigt. Die psychotische Episode klang unter starker Sedierung ab ... Der Patient machte gute Fortschritte, bis man ihm am 11. Krankenhaustag mitteilte, er solle entlassen werden. Innerhalb von 24 Stunden

wurde er wieder psychotisch, entwickelte akustische Halluzinationen und paranoide Wahnvorstellungen. Das Bewußtsein blieb ungetrückt, der Zustand vonseiten des Herzens war unverändert. Ein Monitor zur EKG-Langzeitüberwachung (nach Holter) ließ keine Rhythmusstörungen erkennen, wurde bald aber in den Verfolgungswahn des Patienten einbezogen. Unter niedrigen Dosen von Haloperidol .. verschwand die psychotische Symptomatik innerhalb von 48 Stunden und trat auch nicht wieder auf. Bemerkenswert ist , daß der Patient weder vor seinem Herzinfarkt psychiatrisch erkrankt war noch nach seiner Entlassung jemals wieder psychiatrisch auffällig wurde.

Der von Soloff geschilderte Fall faßt verschiedene Auswirkungen und Gefahren einer verleugnenden Haltung gegenüber einem Herzinfarkt und seinen Folgen beispielhaft in sich zusammen:

1. die Verzögerung bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe
2. den Versuch, Ängste und Todesängste - gerade auf der Intensivstation - zurückzudrängen und zu bewältigen
3. den Widerstand gegenüber ärztlichen Verordnungen, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen (Gefahr eines Reinfarkts !)
4. die Gefahr einer akuten Dekompensation in Phasen des Übergangs (Verlegung; Entlassung) mit Angst, Depressionen oder im Extremfall unter dem Bild einer paranoiden Psychose mit ungetrübtem Bewußtsein

Die von Soloff als akute und vorübergehende Komplikation nach dem Zusammenbrechen einer ausgeprägteren Verleugnungsreaktion beschriebene paranoide Psychose mit klarem Bewußtsein könnte auch in dem folgenden eigenen Fall eine Bedeutung haben:

Fallbeispiel 9

Der Patient hat mit 65 Jahren einen Hinterwandinfarkt erlitten. Er ist von einem auswärtigen Krankenhaus ins Klinikum Großhadern verlegt worden, wo er zunächst versehentlich auf die Privat- und später auf die Allgemeinstation aufgenommen wurde. Die Untersuchung erfolgt wegen einer paranoiden Symptomatik, die sich etwa 14 Tage nach dem Herzinfarkt auf der Allgemeinstation entwickelte.

Der Patient fühlt sich insbesondere von einer Krankenschwester vorsätzlich ungerecht behandelt. Diese Schwester habe ihm von Anfang an erklärt, er sei eigentlich gar nicht krank, sondern nehme anderen Leuten nur das Bett weg. Sein Bett sei deshalb auch nie gemacht worden. Man habe ihm leere Kaffeekannen gebracht und ihn aufgefordert, sich den Kaffee selbst auf dem Gang zu holen. Die Schwester habe alle Gelgenheiten abgepaßt, in denen er allein mit seinem fast komatösen Zimmernachbarn war, um ins Zimmer zu kommen und ihn ohne Zeugen zu beschimpfen und psychisch fertig zu machen. Der Grund hierfür sei, daß die Schwester sein Bett am Fenster bereits für Bekannte aus Franken vorgesehen hätte, denen sie es auch am Aufnahmetag gezeigt habe. Er sei überzeugt, daß die Schwester hier im Klinikum einen schwungvollen Handel mit "Fensterbetten" betreibe. Das Verhalten der Schwester sei vom Stationsarzt gedeckt worden und habe ihn tief gekränkt. Er sei allein auf verlorenem Posten gestanden und habe sich diesen Angriffen vollkommen hilflos ausgesetzt gefühlt. Nächtelang habe er am Fenster gesessen und gegrübelt. Er habe mit dem Gedanken gespielt, sich aus dem Fenster zu stürzen, um seine Ehre zu retten und auf das Fehlverhalten der Schwester aufmerksam zu machen. Immer wieder habe er an den Architekten des Münchner Hauses der Kunst gedacht, der sich aus gekränk-

ter Ehre umgebracht habe, als das Wasser des Eisbachs in die Kellerräume eingedrungen sei. Erst jetzt fühle er sich wieder besser, nachdem ihm seine Frau und seine Tochter zu Hilfe gekommen seien. Man gehe jetzt gemeinsam gegen die üblen Zustände im Krankenhaus vor. Gegen die Schwester wolle er ein Gerichtsverfahren anstrengen. Außerdem werde er aus der Kirche austreten, da er es nicht mit seiner Ehre vereinbaren könne, der gleichen Glaubensgemeinschaft wie die Schwester anzugehören.

Der Patient ist in seinem Denken ganz auf die paranoiden Wahnvorstellungen gegenüber einer Krankenschwester eingeengt und in der Untersuchung kaum von diesem Thema abzubringen. Außer den paranoiden Denkinhalten besteht keine psychotische Symptomatik.

Der Patient ist bewußtseinsklar und allseits orientiert. Es finden sich keine hirnorganisch begründeten Auffälligkeiten; Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisleistung und Merkfähigkeit sind gut.

Beurteilung:

Der Patient könnte im Anschluß an zwei Verlegungen vorübergehend eine bewußtseinsklare paranoide Psychose im Sinne von Soloff entwickelt haben. ^{x)} Ob ursprünglich eine ausgeprägte Verleugnungsreaktion gegenüber dem Herzinfarkt bestanden hat, muß in diesem Fall allerdings unklar bleiben. Eine organische Ursache für die paranoide Psychose ist trotz der fehlenden Bewußtseinsstörung nicht mit Sicherheit auszuschließen.

x) Zunächst konnten auch die Ehefrau und die Tochter für die Verfolgungsideen des Patienten gewonnen werden; die paranoide Psychose klang später unter Haloperidolmedikation allmählich ab.

3. Spezielle Aspekte zur Angst und Depression mit Fallbeispielen

Die Patienten, die ihren Herzinfarkt und seine Konsequenzen sehr stark verleugnen, sind nur die eine Gruppe von Problempatienten. Depressionen und Angst können nach Soloff ¹³⁵ den Infarktpatienten bis weit über die Krankenhausphase hinaus bis hin zu einer psychisch bedingten und körperlich nicht begründbaren (hypochondrischen) Invalidität beeinträchtigen.

Im folgenden sollen speziell einige Aspekte zur Angst und Depression in der Rehabilitationsphase nach einem Herzinfarkt herausgestellt werden.

Soloff ¹³⁵ sieht den Genesungsverlauf nach einem Herzinfarkt langfristig ganz besonders durch zwei psychologische Grundphänomene gefährdet, nämlich: " eine depressive Reaktion auf den Verlust von Kontrolle über das körperliche, gesellschaftliche und wirtschaftliche Wohlergehen, und eine ängstliche Reaktion auf die Unsicherheit, wieder einen Herzinfarkt zu erleiden und dann vielleicht zu sterben. " (S. 395)

Hübschmann ⁷⁹ weist ganz in Übereinstimmung mit Soloff darauf hin, daß nach einem Herzinfarkt häufig eine Angst vor dem körperlichen u n d vor dem sozialen Tod zusammenkommen. Die "Sozialangst" kann nach Hübschmann sogar gegenüber der Todesangst weit im Vordergrund stehen. Der Patient fürchtet dann, seine Bedeutung und Stellung im Beruf, in der Familie und in der Gesellschaft insgesamt nach seinem Infarkt zu verlieren.

Dovenmuehle und Verwoerd ³⁸ schreiben (S. 945):

" Das Wahrnehmen der Herzerkrankung stellt für den Patien-

ten ganz klar eine Situation dar, in der er mit der Möglichkeit seines drohenden Todes und mit einem eventuellen Verlust an Potential für bestimmte Rollen und Funktionen in seinem Leben fertig werden muß. "

Todesängste und Depressionen sind nach den Erfahrungen von Dovenmuehle und Verwoerd bei Infarktpatienten keineswegs seltene Reaktionen; sie treten häufig gemeinsam auf und können auch nach einem leichter verlaufenen Herzinfarkt jahrelang fortbestehen. ^{38,39,147}

Ein eigenes kurzes Fallbeispiel mag verdeutlichen, wie stark Todesängste u n d Depressionen einen Patienten noch Jahre nach einem Herzinfarkt belasten können:

Fallbeispiel 10

Der jetzt 39 Jahre alte Patient hat vor mehr als 7 Jahren einen Herzinfarkt erlitten. Seither kennt der Patient ausgeprägte Zustände von Todesängsten und Depressionen.

Er habe massive Angst vor dem Sterben, Angst plötzlich tot umzufallen. Besonders schlimm sei dies geworden, seit in den letzten beiden Jahren ein bis dahin gesunder, jüngerer Kollege an einem Herzinfarkt und sein Vater an einem Schlaganfall verstorben seien. Außerdem fühle er sich seit seinem Infarkt nicht mehr belastbar. Jede Kleinigkeit rege ihn auf. In der Arbeit fühle er sich isoliert und fürchte eine Kündigung. Von allen seinen Freunden habe er sich zurückgezogen; er habe auch den Eindruck, daß die Freunde nichts mehr von ihm wissen wollten. Wenn man einmal krank sei, sei man abgestempelt und werde schnell fallengelassen. Er fühle sich deprimiert, könne sich nicht mehr freuen. Die Sorgen um die Krankheit könne er nur vergessen, wenn er

mit seinen Kindern spiele. Während er in der Zeit vor seinem Herzinfarkt gern zum Stammtisch gegangen sei, habe er jetzt gar keine Freude mehr daran und tue es daher auch nicht mehr. Ständig grüble er über die Krankheit. Er habe häufig Selbstmordgedanken, meine dann, daß das Leben keinen Sinn mehr habe. Konkrete Selbstmordpläne habe er allerdings nie gemacht : " So weit bin ich noch nicht gekommen. "

Cassem und Hackett ²⁴ halten eine depressive Verstimmung nach einem Herzinfarkt für das größte psychologische Hindernis in der Rehabilitation. Reaktive Depressionen auf die Erkrankung können nach Cassem und Hackett schon am 3. bis 4. Tag auf der Intensivstation Probleme bereiten, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus als sogenannte "Heimkehr-Depression" (homecoming depression) verstärkt auftreten und lange anhalten. Der Herzinfarkt und die damit verbundene Inaktivität werden dann als " narzißtische Kränkung ", als " Schlag gegen das Selbstwertgefühl " und als "Ich-Infarkt" (ego infarction) erlebt: Der Infarktpatient ist weit über die körperliche Erkrankung hinaus tief im Selbstwertgefühl getroffen.

Nach Stern et al. ¹³⁶ fühlt sich der Infarktpatient in seiner Depression oft nur als ein " halber Mensch " und außerhalb der Kontrolle über sich und seine Umwelt.

Das folgende knappe Fallbeispiel soll aufzeigen, daß der Herzinfarkt in diesem Sinn tatsächlich zum traumatischen "Ich-Infarkt" werden kann:

Fallbeispiel 11

Der 45jährige Patient wirkt innerlich unruhig und deprimiert. Ein Hinterwandinfarkt vor zwei Jahren hat den Pa-

tienten schwer in seinem Selbstwertgefühl beeinträchtigt. Das Ereignis sei ein großer Schlag für ihn gewesen und er komme sich seit dieser Zeit nurmehr wie ein " halber Mensch " vor.

Seit seinem Herzinfarkt habe er sich seiner Arbeit als Beamter im Strafvollzugsdienst nicht mehr gewachsen gefühlt. Schon vorher habe er immer wieder den Blitzableiter für die Strafgefangenen spielen müssen. Nach dem Infarkt habe er sich als fünftes Rad am Wagen empfunden. Er sei ständig gekränkt worden, indem ihm zum Beispiel die jüngeren Kollegen wie selbstverständlich Anweisungen gegeben und ihn nicht mehr als vollwertig akzeptiert hätten. Jetzt halte er die psychischen Belastungen an seiner Arbeitsstätte nicht mehr aus; er wolle sich daher vorzeitig pensionieren lassen, habe aber Angst, die finanzielle Belastung könne für die Familie zu groß werden. Nach der Pensionierung plane er jedoch, zusätzlich Geld bei der Wach- und Schließgesellschaft zu verdienen, wo er auch schon aushilfsweise gearbeitet habe. Dort habe er sich wieder als " ganzer Mensch " gefühlt, da dort niemand etwas über seinen Herzinfarkt wisse. Wenn er weiter im Strafvollzug arbeite, sei er sich sicher, daß er bald einen erneuten Herzinfarkt bekomme. Davor habe er große Angst. Gerade in letzter Zeit fühle er sich innerlich sehr unruhig, grüble viel und habe häufig Herzschmerzen. Seine ganze - zudem noch unentschiedene - Situation mache ihn gereizt und deprimiert, und führe ihn häufig in die Gastwirtschaft.

Viswanathan und Vizner ¹⁴⁸ machen darauf aufmerksam, daß ein Herzinfarkt oft als eine " Bedrohung der eigenen Zulänglichkeit " (threat to the sense of personal adequacy) erlebt wird. Der Patient fürchtet, durch den Infarkt die Kontrolle über sich und seine Umwelt verloren zu haben; er kann mit Angst und Depressionen reagieren, in seinem

Selbstwertgefühl sehr gefährdet sein. Nicht selten stellt der Herzinfarkt nach Viswanathan und Vizner das ganze "Glaubenssystem" (belief system) des Patienten herausfordernd in Frage. Der Infarkt wird dann zur schweren persönlichen Krise. Alles, woran der Patient in seinem Leben bisher geglaubt hat, was er gedacht und getan hat, scheint nach dem Infarkt nicht mehr zu gelten oder aufs Spiel gesetzt; alte und ungelöste Konflikte können wieder hervorbrechen.

Auch in dem folgenden eigenen Fallbeispiel stellt der Herzinfarkt mit seinen Folgen den Patienten in seiner ganzen Persönlichkeit und Existenz krisenhaft in Frage:

Fallbeispiel 12

Der 56 Jahre alte Patient ist vor etwa 7 Monaten akut an einem Herzinfarkt erkrankt. Im Anschluß daran sind eine koronare Bypass-Operation und - wegen einiger Komplikationen - eine Nachoperation am Brustbein (Sternum-reverdrahtung) durchgeführt worden. Seit dem Herzinfarkt und den beiden Operationen bedrängen den Patienten starke Depressionen und Todesängste. Aus diesen Gründen erfolgt auch die Untersuchung.

Biographie und frühere Vorgeschichte:

Der Patient wurde als 6. von 14 Kindern in einem Ort im Bayerischen Wald geboren. Der Vater hatte eine kleine Landwirtschaft betrieben, die später abbrannte. Im Alter von 9 Jahren wurde der Patient wegen der Armut der Eltern zu einem kinderlosen Ehepaar in Niederschlesien in Pflege gegeben. Vom Finanziellen her sei es ihm dort gut gegangen, er wäre aber lieber bei den Eltern geblieben.

ben. Schon bald nach seinem Mittelschulabschluß wurde der Patient zum nationalsozialistischen Arbeitsdienst eingezogen. Seit seinem 17. Lebensjahr bis zum Ende des 2. Weltkriegs sei er dann als Kampfflieger im Einsatz gewesen. Die ganze Zeit sei sehr hart gewesen und er sei nicht geschont worden. So habe er als Siebzehnjähriger mithelfen müssen, ein Massengrab zu schaufeln. Als Kampfflieger sei er viermal in Gefangenschaft geraten, habe dabei Schreckliches erlebt, sich aber immer wieder selbst befreien können. Im Krieg habe er immer "eiserne Nerven" gehabt. Mindestens zwei der ihm zugeordneten Funker hätten diese Belastungen nicht ausgehalten, sondern seien "durchgedreht". 1956 sei er zur Bundeswehr gegangen und dort bis zu seiner Pensionierung vor drei Jahren zunächst als Kampfflieger und zuletzt als Fluglehrer tätig gewesen. Besonders hart sei die Ausbildungszeit in Arizona gewesen, wo er sich durch eine besondere Tat hervorgetan und damit sehr unbeliebt gemacht habe. Sich selbst habe er aber nie geschont. Er sei hart gewesen "wie ein Kerl aus Eisen". Jahrelang habe er zum Beispiel den ärztlichen Spezialisten geflohen, der die Leichen von Piloten nach Flugzeugabstürzen zu untersuchen gehabt habe. Er sei auch stets jemand gewesen, der viel Leistung erbracht habe und auf diese Leistung auch stolz gewesen sei. Was er mache, mache er sehr intensiv. Im Schach habe er es bereits zum süddeutschen Meister gebracht, obwohl er erst seit seinem 40. Lebensjahr spiele. Auch habe er ein großes Segelboot maßgeblich mitentwickelt, noch nach seiner Pensionierung aktiv an großen Segelregatten teilgenommen und schon mehrmals den Atlantik überquert.

Jetzige Krankengeschichte:

Im Sommer des vergangenen Jahres seien erstmals starke Schmerzen in der Brust aufgetreten. Im Juli, also vor nunmehr 7 Monaten, müsse er dann einen Herzinfarkt gehabt haben. Noch im selben Monat sei eine koronare

Bypass-Operation erfolgt. Später sei wegen einiger Komplikationen in der Nachbehandlungsphase eine Nachoperation am Brustbein erforderlich geworden. An die beiden Tage unmittelbar nach der zweiten Operation habe er nur eine ganz verschwommene Erinnerung. Er habe sich in dieser Zeit an einige schreckliche Erlebnisse während der Kriegsgefangenschaft erinnert gefühlt.

Seit dem Herzinfarkt vor 7 Monaten sei er nicht mehr "der alte". Er komme sich sowohl körperlich als auch psychisch in seiner Leistung sehr beeinträchtigt vor. Die zweite Operation vor drei Monaten habe ihm einen zusätzlichen "Knacks" versetzt.

Er sei vergeblicher geworden. Insbesondere Namen fielen ihm schlechter ein. Während er früher eine Stunde frei habe reden und seine Korrespondenz sehr schnell habe erledigen können, falle ihm dies jetzt sehr viel schwerer. Ähnliche Schwierigkeiten habe er auch beim Schachspielen. Früher habe er vier bis fünf Spiele gleichzeitig überblickt; jetzt könne er kaum ein Schachspiel konzentriert durchhalten. Er könne und werde sich nie damit abfinden, in seiner Leistungsfähigkeit beschnitten zu sein. Es wurme ihn sehr, daß er zur Untätigkeit verurteilt sei und seiner berufstätigen Frau selbst das Schneeschaukeln überlassen müsse.

Psychischer Befund:

Der Patient ist im Kontakt zugewandt und berichtet ausführlich und detailliert über seine bisherigen Leistungen und die jetzigen Probleme. Während der ganzen, langdauernden Untersuchung wirkt der Patient deutlich depressiv; ihm stehen oft die Tränen in den Augen und es kommt immer wieder zu kurzem Weinen, das er mit großer Anstrengung zu unterdrücken sucht.

Neben der depressiven Verstimmung bestehen seit dem Herzinfarkt und den beiden Operationen ausgeprägte Todesängste. Der Patient ist voller Angst, traut sich kaum auf

die Straße, meint nicht mehr ohne Aufsicht schwimmen gehen zu können, da er sonst vielleicht untergehe. Die Todesängste des Patienten werden durch Todesfälle in seinem Bekanntenkreis verstärkt: Allein in seiner näheren Umgebung lebten zwanzig Witwen, viele Bekannte seien in seinem Alter an einer Herzerkrankung verstorben; er wisse auch genau, daß ein Flieger nicht alt werden würde, habe aber für seine Person bisher gehofft, zu einer Ausnahme zu gehören.

Neben der Depression und der Todesangst fallen bei dem Patienten leichte Störungen im formalen Denken auf. Es zeigen sich eine Vergeßlichkeit - besonders für Namen - und eine Beeinträchtigung im abstrahierenden Denken und in der Konzentrationsfähigkeit.

Beurteilung:

Der 56 Jahre alte Patient ist in seinem ganzen bisherigen Leben extrem leistungsorientiert gewesen und hat immer viel Leistung gebracht. Gefühle sind dabei abgewehrt worden; der Patient bezeichnet sich selbst als " Kerl aus Eisen ". Selbst schlimmste Situationen in seinem Leben (Kriegserlebnisse als Kampfflieger !) haben den Patienten bisher anscheinend nie die Kontrolle über sich und seine Umwelt verlieren lassen.

Der Herzinfarkt und die beiden resultierenden Operationen haben den Patienten dagegen in die größte Krise seines Lebens geführt. Gefühle von Todesangst und Depression drohen ihn zu überwältigen; in der phobischen Herzangst des Patienten nach dem Infarkt scheinen selbst die verdrängten Ängste aus der Vergangenheit unkontrolliert hervorzubrechen. Die schweren Depressionen als Reaktion auf die Erkrankung und ihre Konsequenzen dürften durch eine zusätzliche organische Komponente (Vergeßlichkeit, gestörte Konzentrationsfähigkeit !) noch verstärkt sein. Der Herzinfarkt und seine Folgen haben den Patienten in seinem Innersten getroffen. Der Patient hat jedes Ver-

trauen in seine gewohnte Stärke verloren. Sein Leben und seine Person sind im Kern in Frage gestellt. Ohne seine frühere Leistungsfähigkeit kann der Patient in seinem Leben offensichtlich keinen Sinn mehr sehen.

4. Eine Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse zu den psychischen Reaktionen auf einen Herzinfarkt

Einige wesentliche Ergebnisse zu den psychischen Reaktionen auf einen Herzinfarkt sollen in einem Überblick nochmals zusammenfassend dargestellt werden:

Die drei Hauptreaktionen nach einem Herzinfarkt sind Angst, Depression und ein Verleugnen der Erkrankung.

Diese Reaktionen können bei praktisch jedem Infarktpatienten vorübergehend vorkommen, aber auch übersteigert und verlängert, und damit pathologisch sein. Vor allem Angst und Depression können den Patienten noch Jahre nach seinem Herzinfarkt bis hin zu einer psychisch bedingten Invalidität beeinträchtigen.

Die Angst des Infarktpatienten ist eine Todesangst. Der Patient fürchtet einen erneuten, dann vielleicht tödlichen Herzinfarkt zu erleiden. Die Todesangst kann sich unter Umständen bis zu einer phobischen Herzangst steigern und geht oft mit schweren Depressionen einher; der Patient fürchtet auch einen sozialen Tod.

Die Depression des Herzinfarktpatienten kann die ärztlichen Rehabilitationsbemühungen besonders stark gefährden. Der Patient erlebt seinen Herzinfarkt nicht selten als traumatischen "Ich-Infarkt", der ihn schwer in seinem Selbstwertgefühl trifft oder ganz in Frage stellt. Der Patient fühlt sich nach seinem Infarkt oft nurmehr als ein " halber Mensch ".

Eine verleugnende Haltung gegenüber der Infarkterkrankung und ihren Konsequenzen soll Gefühle von Angst und Depression abwehren und ist wichtig für den Umgang des Patienten mit Todesängsten - speziell auf der Intensivstation. Gefährlich ist eine verleugnende Reaktion für den Infarktpatienten, wenn sie unmittelbar nach dem Herzinfarkt zu einer verzögerten Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe und später zu einem dauerhaften Widerstand gegenüber ärztlichen Verordnungen, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen führt. Eine " vorübergehende paranoide Psychose mit klarem Bewußtsein " kann nach Soloff (1977/1978) eine seltene, aber bedeutsame akute Komplikation nach Zusammenbrechen einer ausgeprägten Verleugnungsreaktion sein.

Die folgende Tabelle mag die Zusammenhänge verdeutlichen:

Tabelle 4 : Psychische Reaktionen auf einen Herzinfarkt

Angst	Depression	Verleugnung
↓	↑	↓
Todesangst Angst vor Re- infarkt u. U. phobi- sche Herzangst Angst vor so- zialem Tod	Herzinfarkt als Ich-Infarkt, Schlag gegen das Selbstwertgefühl und allgemeine Infragestellung (halber Mensch)	verzögerte Inanspruch- nahme ärztlicher Hilfe Bewältigung von Todes- ängsten (Intensivsta- tion !) Widerstand gegenüber ärztlichen Verordnun- gen, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnah- men akute Dekompensation mit paranoider Psychose

D I S K U S S I O N

Im folgenden sollen die Ergebnisse aus dem Hauptteil diskutiert und gewürdigt werden.

I. DIE PRIMÄR- ODER RISIKOPERSÖNLICHKEIT BEI DER KORONAREN HERZKRANKHEIT

Das Problem der Primär- oder Risikopersönlichkeit ist in der vorliegenden Arbeit für die koronare Herzkrankheit insgesamt - also für Herzinfarkt u n d Angina Pectoris - untersucht worden (siehe Hauptteil / Abschnitt I). Dabei hat sich gezeigt, daß das Typ A Modell Friedmans und Rosenmans seit Anfang der Sechziger-Jahre die Forschung nach den primären Persönlichkeitsmerkmalen von Koronarkranken oder Koronargefährdeten weitgehend bestimmt hat; zahlreiche, im einzelnen nicht mehr überschaubare Studien haben sich seither mit den psychologischen und physiologischen Grundlagen dieses Konzepts und mit der Beziehung zur koronaren Herzkrankheit beschäftigt.

In ihrem Typ A Modell haben die beiden amerikanischen Kardiologen Friedman und Rosenman eine " koronare Risikopersönlichkeit " beschrieben, die durch eine Trias aus ehrgeizigem Konkurrenzverhalten, ungeduldigem Zeitdruckverhalten und - offener oder verdeckter - aggressiver Feindseligkeit gekennzeichnet ist. ^{50,57,59,126} Typisch sind weiter eine Überbetonung von Arbeit und Leistung und eine übersteigerte Aktivität. Daneben scheinen charakteristische Auffälligkei-

ten in der Psychomotorik und Sprechweise zu bestehen (siehe im einzelnen: Hauptteil / I. 2. 2. 2 sowie Tabelle 1), ohne daß freilich alle Eigentümlichkeiten in der Typ A Persönlichkeit zusammentreffen müssen.

Eine wesentliche inhaltliche Erweiterung hat das Typ A Konzept einer koronaren Risikopersönlichkeit dadurch erfahren, daß Glass ^{67,68} ein Streben nach Dominanz und Kontrolle über die Umwelt als die möglicherweise eigentliche Ursache für das aggressive Konkurrenz- und Zeitdruckverhalten der Typ A Persönlichkeit erkannt hat. Bemerkenswert sind auch die Ergebnisse von Chesney et al. ²⁷, wonach neurotische Züge nicht vermehrt anzutreffen sind.

Das Typ A Modell stellt ohne Zweifel eine große Leistung dar. Hier ist von Friedman und Rosenman und von anderen Untersuchern erstmals der Versuch unternommen worden, das Bild einer koronaren Risikopersönlichkeit zu entwerfen und in jahrzehntelanger Arbeit durch die verschiedensten wissenschaftlichen Studien zu belegen. Dies ist zum Teil gelungen.

Eine groß angelegte prospektive Studie in Kalifornien - die Western Collaborative Group Study (WCGS) ^{123,127} - hat ein Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster als einen eigenständigen koronaren Risikofaktor für Männer mittleren bis höheren Alters bestätigt (siehe Graphik 1). Zumindest zwei weitere prospektive Untersuchungen ^{77,140} sowie verschiedene koronarangiographische Studien ^{13,46,154} sprechen ebenfalls für eine direkte Beziehung zwischen einem Typ A Verhalten und der koronaren Herzkrankheit (siehe im einzelnen: Hauptteil / I. 2. 4).

Darüberhinaus lassen auch einige klinisch-chemische Befunde und manche experimentelle Untersuchungen (siehe Hauptteil/ I. 2. 5) einen Zusammenhang zwischen einem aggressiven Konkurrenz- und Zeitdruckverhalten und der koronaren Herz-

krankheit über einen zentralnervös stimulierenden Einfluß und eine erhöhte Reaktivität des sympathischen Nervensystems vermuten. x)

I n h a l t l i c h fällt die Übereinstimmung des Typ A Konzepts einer koronaren Risikopersönlichkeit mit zahlreichen, unabhängig davon gefundenen Ergebnissen in der Literatur auf:

Osler¹¹⁴ hat schon 1910 die Typ A Persönlichkeit im Sinne Friedmans und Rosenmans beschrieben; für Osler ist es der " energische und ehrgeizige Mann, bei dem die Maschinenzeiger immer auf ' volle Geschwindigkeit voraus ' stehen ", der zur koronaren Herzkrankheit neigt (S. 839).

Flanders Dunbar⁴² hat 1943 in ihrem - auch für Friedman und Rosenman - wegweisenden Buch " Psychosomatic Diagnosis" eine "Koronarpersönlichkeit" geschildert, die durch hartes Arbeiten, zwanghaftes Streben nach der Spitze, Streben nach Leistung und Dominanz und eine verdeckte Aggressivität gekennzeichnet ist.

Persönlichkeitszüge wie Ausrichtung an Erfolg und Leistung, Dominanzstreben, Ehrgeiz, Aggressivität und ein zwanghaft-übertriebenes Arbeitsverhalten haben auch Arlow⁵, Kemple⁹² und Gildea⁶⁶ als typisch für die Koronarkranken oder Koronargefährdeten herausgestellt.

Von den Untersuchern der Amsterdamer Psychosomatischen Gruppe^{8,143,146} sind später als hauptsächliche Persönlichkeitsmerkmale von männlichen Koronarpatienten ein Streben nach Dominanz und Kontrolle, eine Abwehr passiv-abhängiger Tendenzen, eine übersteigerte Aktivität, ein Konkurrenz-

- x) Ein Koronarpatient im Klinikum Großhadern hat dementsprechend geäußert, er wünsche von den Ärzten, sie könnten " den Draht zwischen seinem Hirn und seinem Herzen unterbrechen " !

verhalten, eine "Arbeitssucht" sowie eine Störung im Umgang mit aggressiven Impulsen hervorgehoben worden. Das Typ A Konzept einer koronaren Risikopersönlichkeit ist hier in einem psychiatrisch-psychoanalytischen Ansatz indirekt bestätigt worden (siehe Hauptteil / I. 3. 1).

Bemerkenswert erscheint auch die Übereinstimmung zum Typ A Modell in einer russischen Studie, in der Ganelina und Kraevsky ⁶³ bei Koronarkranken Eigenschaften wie ein beschleunigtes Arbeitsverhalten und einen ausgeprägten Ehrgeiz festgestellt haben.

Insgesamt dürfte es keinen Zweifel geben, daß zwischen einem Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster und der koronaren Herzkrankheit tatsächlich eine Beziehung besteht. Für den Herzinfarkt im speziellen haben dies die Fallbeispiele 1, 2 und auch 4 belegt.

Eine allgemeine und uneingeschränkte Gültigkeit des von Friedman und Rosenman entwickelten Typ A Konzepts einer koronaren Risikopersönlichkeit ist freilich nicht anzunehmen.

Vor allem Cooper und seine Mitarbeiter ³⁰ (" The Review Panel on Coronary-prone Behavior " ; siehe Hauptteil / I. 2. 6) haben zu Recht darauf aufmerksam gemacht, daß die Untersuchungen über einen Zusammenhang zwischen dem Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster und der koronaren Herzkrankheit überwiegend an weißen amerikanischen Männern mittleren bis höheren Alters aus der (oberen) Mittelschicht durchgeführt worden sind. Damit ist das Typ A Modell einer koronaren Risikopersönlichkeit zwar für Männer bis zum Alter von etwa 65 Jahren gültig.

" Ob das Konzept auch auf höhere Altersgruppen, auf Frauen, auf andere soziale Schichten und auf andere Volksgruppen übertragen werden kann, ist unbekannt, nicht geklärt oder höchst zweifelhaft. " (S. 1209) ³⁰

Neben der allgemeinen Gültigkeit ist die Spezifität des Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmusters für die koronare Herzkrankheit in Frage gestellt worden.^{2,30} Gerade neuere Ergebnisse^{31,137} könnten dafür sprechen, daß ein leistungsbezogenes Typ A Verhalten ganz allgemein mit der vorzeitigen Entwicklung arteriosklerotischer Erkrankungen und Komplikationen in Beziehung steht und nicht spezifisch für die koronare Herzkrankheit ist. Die Gleichsetzung von Typ A Verhalten und koronarem Risikoverhalten wäre im Sinne einer Spezifität dann nicht gerechtfertigt.³⁰

Einen inhaltlichen Kritikpunkt am Typ A Modell hat Dongier³⁷ eingeführt. In seiner Sicht reicht der aus der klinischen Beobachtung des Verhaltens abgeleitete Ansatz Friedmans und Rosenmans nicht aus, um die hauptsächlichsten Persönlichkeitsmerkmale von Koronarkranken oder Koronargefährdeten möglichst vollständig zu erfassen, wenn nicht zusätzlich in einem mehr psychoanalytisch orientierten Ansatz zwanghafte Wesenszüge berücksichtigt werden. Somit ergibt sich im Sinne Dongiers die Notwendigkeit einer Erweiterung des Typ A Konzepts einer koronaren Risikopersönlichkeit um eine Komponente zwanghafter Rigidität.

Dies ist sehr sinnvoll. Zum einen könnte eine zwanghaft-rigide Persönlichkeitsstruktur dem Typ A Verhalten überhaupt zugrunde liegen.^{18,37} Zum anderen haben nicht wenige Untersucher in der Persönlichkeit von Koronarkranken oder Koronargefährdeten tatsächlich zwanghafte Züge festgestellt (siehe Hauptteil / I. 3. 2): Jouve et al.⁹⁰ sowie Hahn und seine Mitarbeiter⁷⁴ haben auf die häufig perfektionistische, pedantische und übergewissenhafte Einstellung der Koronarkranken hingewiesen; Minc et al.¹¹⁰ haben die Desintegration zwischen Rationalität und Emotionalität und die verstärkte rationale Kontrolle über den Gefühlsbereich hervorgehoben. Ähnliche Merkmale einer zwanghaften Rigidität sind in mindestens zwei eigenen Fallbeispielen (Fall 3 und 4) veranschaulicht worden (siehe

aber auch die Beispiele 1, 2 und 5 !). Damit geben auch eigene Ergebnisse Jouve et al.⁹⁰ recht, wenn sie schreiben (S. 2547): " Ein zwanghafter Charakter trägt - besonders bei stärkerer Ausprägung - wahrscheinlich mit zur Entstehung der koronaren Herzkrankheit bei. "

Daß Merkmale einer zwanghaften Rigidität mit dem Typ A Konzept einer koronaren Risikopersönlichkeit gut vereinbar sind, hat das Fallbeispiel 4 besonders deutlich gemacht.

Letztlich lassen sich die Persönlichkeitsmerkmale von Koronarkranken oder Koronargefährdeten wohl am besten mit einem Modell beschreiben, das Dongiërs Forderung³⁷ berücksichtigt und in einem k o m b i n i e r t e n Ansatz Merkmale eines Typ A Verhaltens u n d einer zwanghaften Rigidität in sich zusammenfaßt.

In einem solchen Ansatz ergibt sich ein relativ typisches, wenn auch nicht unbedingt spezifisches Bild einer Koronarpersönlichkeit mit folgenden Charakteristika:

1. Es liegt eine zwanghaft-perfektionistische Grundhaltung vor.
2. Ein ausgeprägtes Streben nach Dominanz und Kontrolle über die Umwelt hat häufig ein ehrgeiziges Konkurrenzverhalten und ein ungeduldiges Zeitdruckverhalten (Typ A Verhalten) zur Folge.
3. Eine Desintegration von Rationalität und Emotionalität äußert sich in einer Überbetonung von Arbeit und Leistung und in einem hohen Maß an rationaler Kontrolle gegenüber Gefühlen.
4. Es besteht eine Aggressionsproblematik. Die meist beträchtliche Aggressivität findet oft nur in einer aggressiv gesteigerten Aktivität ihren Ausdruck.

Ein solches Modell einer Koronarpersönlichkeit, das Merkmale einer zwanghaften Rigidität und eines Typ A Verhaltens in sich vereinigt, dürfte für Männer, die nicht erst in höherem Alter ab etwa 65 Jahren an einer koronaren Herzkrankheit erkranken, durchaus eine Bedeutung haben. Ansonsten haben Cleveland und Johnson²⁸ sicher recht, wenn sie feststellen (S. 601): " Mit zunehmendem Alter tritt die Bedeutung von Persönlichkeitsfaktoren bei der koronaren Herzkrankheit gewöhnlich zurück gegenüber der Tendenz zu allgemeinem körperlichen Verfall. "

Auch dieses - oben dargelegte - Modell muß freilich Fragen offen lassen. Einige Aspekte sollen im folgenden etwas eingehender diskutiert werden.

Interessant ist die Beziehung zu zwei theoretischen psychosomatischen Modellen. x)

Nach dem Alexithymie-Modell der Französischen Psychosomatischen Schule^{98,112} besitzen alle Patienten mit psychosomatischen Krankheiten eine spezifische Persönlichkeitsstruktur, die durch eine Unfähigkeit zur Wahrnehmung und verbalen Äußerung von Gefühlen sowie durch ein mechanistisches Denken mit Verarmung an Phantasie besonders gekennzeichnet ist. Zumindest eine erhebliche rationale Kontrolle über Gefühle ist auch für die Koronarkranken oder Koronargefährdeten beschrieben worden; Dongier hat speziell beim Infarktpatienten auf das mechanistische Denken hingewiesen.³⁷

Die Theorie krankheitsspezifischer psychodynamischer Konflikte nach Alexander³, nach der bei psychosomatischen

x) Das psychosomatische Lehrbuch von Bräutigam und Christian¹⁵ führt die koronare Herzkrankheit im Gegensatz zu dem von Hoffmann und Hochapfel⁷⁸ unter den psychosomatischen Erkrankungen auf

Patienten nicht eine spezifische Persönlichkeitsstruktur, sondern eine spezifische Konstellation von Konflikten nachzuweisen ist, könnte ebenfalls bis zu einem gewissen Grad auf die Koronarkranken anwendbar sein. Immerhin sind für diese Gruppe von Patienten chronische Konflikte im Arbeits-Leistungs-Bereich und im aggressiven Gefühlsbereich recht typisch. ¹⁴³

Unstrittig ist ein Zusammenhang zwischen Aggressivität und koronarer Herzkrankheit.

Menninger und Menninger ¹⁰⁴ haben schon 1936 festgestellt (S. 20): " Daß aggressive Tendenzen in der Entstehung von Herzleiden offenbar bedeutsam sind, wird durch die Tatsache untermauert, daß die Koronarsklerose bei Männern so wesentlich häufiger vorkommt als bei Frauen. "

In der Folgezeit haben zahlreiche Untersucher ebenfalls die Aggressivität und Aggressionsproblematik von Koronarkranken oder Koronargefährdeten hervorgehoben (7,8,42,92, 126,143,144,146, usw.).

Nach Williams et al. ¹⁵¹ ist eine - verdeckte oder offene - aggressive Feindseligkeit die wesentlichste Komponente im Typ A Konzept Friedmans und Rosenmans und am stärksten mit dem Schweregrad der angiographisch nachweisbaren Koronarsklerose korreliert. Miller ¹⁰⁹ hat Hinweise dafür gefunden, daß bei Koronarpatienten aggressive Konflikte weniger nach außen hin offen ausgetragen, als vielmehr selbstzerstörerisch nach innen - d. h. gegen die eigene Person - gerichtet werden. Diamond ³⁵ hat eine solchermaßen im Ausdruck gehemmte Aggressivität eher dem Hypertoniepatienten zugeschrieben. Im Unterschied zu den Hypertonikern neigten Koronarpatienten oder Koronargefährdete primär dazu, ihre vermehrte Aggressivität in Aktivität umzusetzen.

Auch nach den Ergebnissen der Amsterdamer Psychosomatischen Gruppe ^{8,143,146} sind die Koronarpatienten überdurchschnittlich aggressiv und können ihre Aggressionen oft nur

über eine aggressiv gesteigerte Aktivität - zum Beispiel am Arbeitsplatz - äußern.

Der genaue Zusammenhang zwischen Aggressivität und koronarer Herzkrankheit ist trotz vieler Untersuchungen zu diesem Thema bis heute unklar geblieben und muß weiter erforscht werden. Daß das seltenere Vorkommen der koronaren Herzkrankheit bei der Frau auf eine verminderte Aggressivität im Vergleich zum Mann zurückzuführen ist ¹⁰⁴, muß zunächst eine Hypothese bleiben.

Überhaupt lassen sich bei der Frau bis heute keine sicheren Aussagen über die Beziehung zwischen bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und der koronaren Herzkrankheit machen.

Fast alle entsprechenden Untersuchungen haben sich vorwiegend mit Männern befaßt. ³⁰ Beispielsweise hat nur eine einzige prospektive Studie zum Typ A Verhalten - nämlich die Framingham-Studie ⁷⁷ - auch Frauen miteinbezogen.

Dennoch erscheint die Hypothese Friedmans und Rosenmans erwägenswert, daß die relative Abgeschiedenheit der Frau vom sozialen und wirtschaftlichen Stressmilieu bei ihr ein aggressives Konkurrenz- und Zeitdruckverhalten (Typ A Verhalten) u n d eine koronare Herzkrankheit im Vergleich zum Mann viel seltener auftreten läßt. ^{57,59}

Nach dieser Theorie müßte die zunehmende berufliche Emanzipation bei der Frau in der Zukunft ein erhebliches Ansteigen von Angina Pectoris und Herzinfarkt zur Folge haben. Dies bleibt abzuwarten.

Im Moment ist es aber nicht möglich, das etwa fünfmal seltenere Vorkommen der koronaren Herzkrankheit bei der Frau im Vergleich zum Mann ¹³ allein auf Persönlichkeit und Umweltfaktoren zurückzuführen. Die Beziehung erscheint schon deshalb wesentlich komplexer, weil in der gängigen medizinischen Literatur bei Frauen bis zur Menopause ein hormoneller Schutzmechanismus (Östrogene !) gegenüber der koronaren Herzkrankheit angenommen wird. ¹³¹

Auch für Männer ist das Modell einer Koronarpersönlichkeit nicht unumstritten.

Einige Untersucher wie Miles et al. ¹⁰⁷, Langosch ⁹⁶ und Stocksmeier ¹³⁸ haben die Existenz einer Koronarpersönlichkeit völlig verneint.

Andere Autoren haben die Spezifität eines bestimmten Persönlichkeitsmusters für die koronare Herzkrankheit bezweifelt ^{2,30} oder bei allen Gemeinsamkeiten auch auf Unterschiede im Wesen von Angina- und Infarktpatienten aufmerksam gemacht ^{37,85,115}.

Bahnson, Wardwell ⁶ und Revers ¹²⁰ haben einen eher "untypischen" Koronarpatienten beschrieben, bei dem eine überstarke Mutterbindung und eine narzißtische Beeinträchtigung im Identitäts- und Selbstwertgefühl gegenüber einer leistungsbezogenen Haltung im Vordergrund stehen (siehe Hauptteil / I. 3. 3).

Tatsächlich kennzeichnen eine zwanghaft-perfektionistische Einstellung, eine Überbetonung von Arbeit und Leistung, ein Streben nach Dominanz über Personen und Zeit sowie eine Aggressionsproblematik nicht alle Koronarpatienten im gleichen Maß. Dies hat auch eine eigenes Fallbeispiel (Fall 5) - ganz im Sinn von Bahnson, Wardwell und Revers - veranschaulichen können.

Trotzdem ist gerade bei jüngeren Koronarpatienten die Suche nach einer koronaren Risikopersönlichkeit, die in sich Merkmale eines leistungsbezogenen Typ A Verhaltens und einer zwanghaften Rigidität vereinigt ^{x)}, sicher angebracht. Dies gilt um so mehr, je weniger organische Risikofaktoren wie Rauchen, Hyperlipidämie, Hypertonie und Diabetes mellitus nachgewiesen werden können (Fallbeispiele 1 und 4 !).

- x) Eine solche Persönlichkeitsstruktur ist sicher nicht auf Manager beschränkt, obwohl gerade der Herzinfarkt im Volksmund gerne als "Managerkrankheit" bezeichnet wird ¹⁴³

Daß psychische Einflüsse in der Pathogenese der koronaren Herzkrankheit im Vergleich zu diesen allgemein anerkannten organischen Risikofaktoren oft wenig Beachtung finden, dürfte an der " sogenannten Normalität oder Pseudonormalität " ⁸ vieler Koronarkranker liegen:

" In den Industriestaaten passen die sozial wünschenswerten Qualitäten des Menschen genau in das Schema der Koronarpersönlichkeit. Die Koronarpersönlichkeit könnte also sozusagen das Produkt der westlichen Kulturentwicklung sein. Ehrgeiz und Konkurrenzbereitschaft, Verantwortungsbewußtsein und Arbeitseifer sind unsere Garanten des Erfolgs, die Ruhelosigkeit nach sich ziehen. In Industriestaaten werden diese Charaktereigenschaften geradezu gezüchtet. Wir bezahlen also mit unserer verkürzten Lebenserwartung für die Form unserer gesellschaftlichen Ideale. "

(Schäfer, Blohmke, 1977 : zitiert nach Egger, S. 212)¹²⁹

II. VORBESTEHENDE EMOTIONALE BELASTUNGEN BEI DER KORONAREN HERZKRANKHEIT AM BEISPIEL DES HERZINFARKTS

Die Bedeutung vorbestehender emotionaler Belastungen für die koronare Herzkrankheit ist am Beispiel des Herzinfarkts untersucht worden (siehe Hauptteil / Abschnitt II). Dabei ist deutlich geworden, daß sich nicht allzu viele Untersucher mit der Rolle emotionaler Auslösefaktoren beim Herzinfarkt auseinandergesetzt haben.

Weiss et al. ¹⁵⁰ haben 1957 in einer der ersten wissenschaftlichen Untersuchungen zur Bedeutung emotionaler Faktoren beim Herzinfarkt auf eine vorbestehende Periode chro-

nischer emotionaler Belastung mit Depressionen und zunehmender innerer Spannung hingewiesen. Später haben auch verschiedene andere Untersucher ^{9,10,32,141} in retrospektiven Studien einen Zusammenhang zwischen vorausgehenden Depressionen und einem späteren Herzinfarkt beschrieben. Appels ⁴ hat einen entsprechenden Zusammenhang in einer prospektiven (!) Studie bestätigen können.

In einem eigenen Fallbeispiel (Fall 5) ist bei einem Patienten in einem Zeitraum von zwei Jahren vor dem Herzinfarkt eine depressive Grundstimmung mit einem Gefühl innerer Zerrissenheit nachgewiesen worden.

Eine Beziehung zwischen einer vorbestehenden Periode depressiver Gespanntheit und einem späteren Herzinfarkt ist - zumindest in manchen Fällen - also durchaus nicht unwahrscheinlich.

Dennoch erscheint es gewagt, Depressionen an sich als einen " Risikofaktor für einen Infarkt in der Zukunft " anzunehmen, wie Dreyfuss et al. ⁴⁰ dies selbst für die endogene Depression getan haben. Zum einen geht eine Phase depressiver Hilflosigkeit vielen Krankheiten voraus und ist damit keineswegs spezifisch für die spätere Entwicklung eines Herzinfarkts. ¹³² Zum anderen ist wohl eine vorausgehende depressive Grundstimmung bei den späteren Infarktpatienten nicht unabhängig von deren primärer Persönlichkeitsstruktur zu sehen. Gerade die typische koronare Risikopersönlichkeit in ihrer zwanghaft-perfektionistischen und leistungsbezogenen Haltung dürfte in verstärktem Maß zu Gefühlen von Unzulänglichkeit und Depression neigen. ^{4,16,37,145}

In diesem Zusammenhang gewinnen Theorien an Relevanz, die erst die Kombination aus Depression u n d Typ A Risikopersönlichkeit ¹⁴⁵ oder den verzweifelten Kampf einer zwanghaft-rigiden Persönlichkeit gegen die aufkommende Depression ⁹ als entscheidend für die spätere Infarktentscheidung annehmen.

Über eine vorbestehende Periode längerdauernder emotionaler Spannung hinaus haben auch a k u t e emotionale Belastungen für den Herzinfarkt eine Bedeutung.

Dies ist in drei kürzeren Fallbeispielen (Fall 6, 7, 8) veranschaulicht worden. In allen Fällen ist hier dem Herzinfarkt innerhalb weniger Tage bis höchstens drei Wochen zuvor eine endgültige oder vorübergehende Trennung von nahestehenden und liebgewonnenen Bezugspersonen vorausgegangen.

Eine derartige Verlustkonstellation, die mit einem erheblichen Kontrollverlust verbunden ist, hat Engel ⁴⁴ als Objektverlust bezeichnet und in seiner Untersuchung mit einem plötzlichen Herztod in Beziehung gebracht.

Tatsächlich ist die koronare Risikopersonlichkeit in ihrem ständigen Streben nach Dominanz und Kontrolle über die Umwelt durch einen Kontrollverlust im allgemeinen und einen akuten Objektverlust im speziellen möglicherweise besonders infarktgefährdet. ²⁹ Es darf freilich nicht übersehen werden, daß ein Objektverlust im Sinn einer schmerzlichen Trennung von emotional nahestehenden Bezugspersonen in der Vorgeschichte einer Vielzahl von Krankheiten ausgemacht werden kann und nicht spezifisch für die akute Erkrankung an einem Herzinfarkt ist. ¹³²

Überhaupt erscheint es selbst unter Berücksichtigung der typischen Primärpersönlichkeit vieler Koronarkranker kaum möglich, eine spezifische emotionale Auslösesituation für den Herzinfarkt anzugeben. Denkbar ist immerhin, daß Fehlschläge und Zurücksetzungen im Beruf wegen einer Überbewertung von Arbeit und Leistung eine vergleichsweise verstärkte Bedeutung in der akuten Auslösesituation haben. Dies lassen auch die Ergebnisse der Amsterdamer Psychosomatischen Gruppe ^{8,143,146} vermuten, die erst einen Doppelkonflikt mit schweren Frustrationen im Privatleben u n d im Beruf als typischerweise infarktauslösend gelten lassen.

III. PSYCHISCHE REAKTIONEN AUF DIE KORONARE HERZKRANKHEIT AM BEISPIEL DES HERZINFARKTS

Mögliche psychische Reaktionen auf die koronare Herzkrankheit sind am Beispiel des Herzinfarkts untersucht worden (siehe Hauptteil / Abschnitt III).

Dabei hat sich gezeigt, daß Angst, Depression und Verleugnung als an sich normale Reaktionsweisen nach einem Herzinfarkt den Behandlungs- und Rehabilitationserfolg bei den Infarktpatienten stark gefährden können, wenn sie übersteigert oder verlängert sind. ¹¹

Angst, Depression und Verleugnung als hauptsächliche psychische Reaktionen auf einen Herzinfarkt haben in der psychosomatischen Literatur erst in den Siebziger-Jahren eine stärkere Beachtung erfahren:

Cassem und Hackett ²³ haben diese Reaktionen für die Akut- und Intensivphase nach einem Herzinfarkt in ihrem zeitlichen Verlauf festgehalten (siehe Graphik 2).

Froese et al. ⁶² haben belegen können, daß Angst, Depression und Verleugnung auch nach Verlegung von der Intensiv- auf eine Allgemeinstation im Krankenhaus die drei häufigsten psychischen Reaktionsweisen bei Infarktpatienten sind.

Untersucher wie Mayou et al. ^{101,102}, Cay et al. ²⁵, Wishnie et al. ¹⁵² und Croog et al. ³³ haben festgestellt, daß diese Reaktionen noch Monate bis Jahre nach dem Herzinfarkt - in einer dann pathologischen Weise - fortbestehen und den Behandlungs- und Rehabilitationserfolg langfristig beeinträchtigen können.

Angst, Depression und Verleugnung sind keine spezifischen Reaktionen des Infarktpatienten auf seine Erkrankung. Freyberger et al. ⁴⁷ haben sehr zu Recht darauf aufmerksam gemacht, daß Ängste, depressive Gefühle und Verleugnungstendenzen ein " psychopathologisches Leitmerkmal bei vitalbedrohten Patienten " im allgemeinen darstellen. Aus der Art der Erkrankung und der typischen Persönlichkeitsstruktur vieler Koronarkranker ergeben sich beim Infarktpatienten allerdings einige Besonderheiten hinsichtlich des Krankheitsverhaltens ²⁰ :

Der Infarktpatient dürfte in hohem Maß zu einer verleugnenden Haltung gegenüber seiner Erkrankung neigen. Sowohl in den beiden eigenen Fallbeispielen (Fall 1 und 4) (siehe Hauptteil / I. 2. 2. 4 bzw. I. 3. 2 und III. 2) als auch in den Ergebnissen einer Studie durch Gentry et al. ⁶⁵ ist bei den Infarktpatienten ein direkter Zusammenhang zwischen dem Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster und dem Abwehrmechanismus der Verleugnung erkennbar geworden. Der Herzinfarkt wird wohl gerade von der typischen koronaren Risikopersonlichkeit in ihrem Streben nach Dominanz und Kontrolle über die Umwelt - über die vitale Bedrohung hinaus - als extremer Kontrollverlust erlebt, der in all seinen angstmachenden Konsequenzen dann oft nicht zugelassen oder eingestanden werden kann. ¹⁴⁸ Dies hat eine erhebliche klinische Relevanz:

Eine verleugnende Reaktion auf die Erkrankung bedeutet für den Infarktpatienten zunächst eine unmittelbare vitale Gefährdung durch eine verzögerte Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe ¹¹³; die Fallbeispiele 1 und 4 (Hauptteil / III. 2; siehe oben !) haben dies deutlich gemacht.

Auf der Intensivstation ist eine verleugnende Haltung dann eine eher günstige Anpassungsreaktion des Infarktpatienten

zur Bewältigung von Todesängsten und Todeserfahrungen ^{x)},
die sonst kaum auszuhalten wären. ^{41,64,71}

Im Anschluß an die Phase der Intensivbehandlung birgt eine verleugnende Reaktion wieder große Gefahren für die Behandlung und Rehabilitation des Infarktpatienten:

Ob eine " vorübergehende paranoide Psychose mit klarem Bewußtsein " - wie Soloff ¹³⁴ sie beschrieben hat (siehe auch Soloffs Fallbeispiel; Hauptteil / III. 2) - eine seltene akute Komplikation nach Zusammenbrechen einer ausgeprägten Verleugnungsreaktion ist, muß zwar unklar bleiben; auch in einem eigenen Fallbeispiel (Fall 9) war eine organische Ursache für die bei dem Patienten akut einsetzende paranoid-psychotische Symptomatik trotz der fehlenden Bewußtseinsstörung nicht sicher auszuschließen.

Unstrittig ist aber, daß Patienten, die ihren Herzinfarkt nicht wahrhaben wollen und in allen seinen Konsequenzen verleugnen, im Hinblick auf die Möglichkeit eines erneuten Herzinfarkts vermehrt gefährdet sind; diese Patienten sind durch einen chronischen Widerstand gegenüber ärztlichen Verordnungen, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen gekennzeichnet; sie halten die akut verordnete Bettruhe nicht ein, belasten sich zu stark, nehmen wichtige Medikamente nicht ein und geben Risikoverhaltensweisen wie das Rauchen nicht auf. ^{33,103,134}

x) Die angstmachende Atmosphäre auf einer Intensivstation wird beispielsweise von Druss und Kornfeld ⁴¹ sehr anschaulich geschildert (S. 292):

" Die ganze Atmosphäre wird bestimmt von Dunkelheit und Stille. Jeder Patient kann - sofern er nur bei Bewußtsein ist - den Kampf auf Leben und Tod bei drei Mitmenschen sehen, hören, und riechen... Zwischen den Patienten besteht kaum Kontakt; sie schauen alt und sterbenskrank aus. "

Während eine übersteigerte oder lang anhaltende Verleugnungsreaktion den Infarktpatienten vor allem körperlich gefährdet, können Angst und Depression ihn seelisch schwer belasten; im Extremfall ist eine dauerhafte psychisch bedingte Invalidität die Folge. ^{103,121,135}

Die Angst des Infarktpatienten ist primär eine Todesangst. Es ist nur zu verständlich, wenn der Patient auf die vernichtenden Infarktschmerzen, die notfallmäßige Krankenhausaufnahme, die Grenzerfahrungen auf der Intensivstation und auf die unmittelbare Gefährdung durch einen erneuten Infarkt akut mit Todesängsten reagiert. Die Angst vor einem tödlichen Reinfarkt kann sich bei einigen Patienten allerdings verselbständigen und diese Patienten dann als phobische Herzanngst noch Monate und Jahre nach dem Herzinfarkt massiv in ihrem Alltagsleben beeinträchtigen (siehe Fallbeispiele 10 und 12).

Zu der Angst vor dem körperlichen Tod tritt nach Hübschmann ⁷⁹ bei den Infarktpatienten oft eine Angst vor dem sozialen Tod. " In einer Gesellschaft, die den Menschen fast ausschließlich nach seiner sehr vordergründig definierten Arbeitsleistung bewertet (S. 1154) ⁷⁹ ", fürchtet der Patient nach seinem Herzinfarkt um seine Leistungsfähigkeit in Beruf und Familie; er hat Angst, den gesellschaftlichen Anforderungen nicht mehr wie bisher genügen zu können. Die "Sozialangst" bedingt Depressionen. Depressionen und Todesängste bestehen bei den Infarktpatienten häufig nebeneinander ^{135,147}; das Fallbeispiel 10 hat dies an einem Patienten selbst für einen Zeitraum von mehr als 7 Jahren nach dem Herzinfarkt bestätigt.

Depressionen sind vielleicht das überhaupt größte psychologische Hindernis für die langfristige Rehabilitation der Infarktpatienten. ²⁴

Nach Cassem und Hackett ²⁴ wird der Herzinfarkt nicht sel-

ten zum traumatischen "Ich-Infarkt", der den Patienten weit über die körperliche Erkrankung hinaus tief im Selbstwertgefühl trifft. Der Patient empfindet sich dann selbst Jahre nach dem Infarkt oft nurmehr als ein " halber Mensch " ¹³⁶ , wie dies im Fallbeispiel 11 zum Ausdruck gekommen ist.

Der Herzinfarkt kann um so mehr zur deprimierenden persönlichen Krise werden, als es sich bei den Infarktpatienten häufig um ursprünglich sehr leistungsbezogene und aktive Persönlichkeiten handelt, die auf keinen Fall die Kontrolle und Unabhängigkeit gegenüber ihrer Umwelt verlieren wollen.

Rosen und Bibring ¹²¹ schreiben ganz richtig (S. 808) :

" Für viele Patienten, die sonst gewohnheitsmäßig auf Aktivität und Unabhängigkeit ausgerichtet waren, bedeutet wohl allein schon das plötzliche Zurückgeworfensein auf eine hilflose, passiv-abhängige Rolle eine ernsthafte emotionale Bedrohung. " Die Gefühle der Unzulänglichkeit und Depression steigern sich bei vielen Infarktpatienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oft noch ("Heimkehr-Depression"), wenn sie ihre bisherige aktive und dominierende Rolle in der Familie nach dem Infarkt durch eine eventuelle körperliche Beeinträchtigung sowie durch ein meist überfürsorgliches Verhalten (overprotectiveness) der Ehefrau und eigene sexuelle Versagensängste bedroht sehen. ^{24,135}

Besonders schwere Ängste und Depressionen sind nach Viswanathan und Vizner ¹⁴⁸ die Folge, falls der Herzinfarkt als so massiver Kontrollverlust erlebt wird, daß er das ganze bisherige Leben und Glaubenssystem des Patienten herausfordernd in Frage stellt. Im Fallbeispiel 12 ist veranschaulicht worden, wie der Infarkt mit seinen Konsequenzen einen Patienten im Sinne von Viswanathan und Vizner im Kern seines Lebens und seiner Persönlichkeit erschüttert hat. In diesem Fallbeispiel ist außerdem deutlich geworden, daß bei Depressionen im Anschluß an einen Herzinfarkt zu der reaktiven auch eine organische Komponente treten kann,

so daß bei depressiv gestimmten Infarktpatienten immer auch eine eventuelle organische Ursache ^{x)} mitzuberücksichtigen ist. ¹¹⁹

Depressionen nach einem Herzinfarkt werden insgesamt zu einem komplexen Problem in der medizinischen Betreuung und Rehabilitation von Infarktpatienten:

Einerseits müssen die Todesangst, die Sozialangst, die besondere Persönlichkeitsstruktur, eine mögliche organische Ursache und das soziale Umfeld bedacht werden.

" Andererseits ist das Herz ohnehin ein psychisch besetztes Organ, das als Zentrum des Lebens (Umgangssprachlich: ' Es bricht einem das Herz ' oder ' jemandem das Herz aus dem Leibe reißen ') oder als Zentrum erlebbarer Gefühle (wie Angst, Freude, Aufregung, Kummer) sowie als Zentrum zahlreicher Projektionen (Liebe, Sehnsucht, Trennung, etc.) eine Rolle spielt. " (Jordan et al., 1983; S. 380) ⁸⁹

Gerade in die ängstlich-depressive Reaktion auf einen Herzinfarkt gehen auch die besondere symbolische Bedeutung des Herzens im Körperschema sowie soziokulturelle und mythische Aspekte ein. ⁸⁸

- x) Organisch bedingte Depressionen nach einem Herzinfarkt (begleitende Störungen der Merk- und Konzentrationsfähigkeit !) beruhen auf einer Minderdurchblutung und einem resultierenden Sauerstoffmangel des Gehirns, wie sie durch die kardiale Grunderkrankung und ihre Komplikationen (kardiogener Schock; Zustand nach Reanimation; Herzinsuffizienz) vorübergehend oder dauernd verursacht werden können

A U S B L I C K U N D S C H L U S S

In der vorliegenden Arbeit sind verschiedene psychosomatische Aspekte bei der koronaren Herzkrankheit untersucht und im Zusammenhang diskutiert worden. Auf therapeutische Gesichtspunkte konnte dabei nicht im einzelnen eingegangen werden. Aus der typischen Persönlichkeitsstruktur und dem emotionalen Krankheitsverhalten vieler Koronarkranker ergeben sich aber durchaus auch Konsequenzen für die Behandlung und psychologische Betreuung der Patienten:

So muß der Arzt " .. bei der autoritativen Anordnung von Behandlungsmaßnahmen mit einem hohen Maß an äußerlich gezeigter, bereitwilliger Anpassung rechnen, daneben aber mit einer starken, unbewußt konstellierte Form von Ablehnung und Aggressivität " (Hahn, 1971; S. 167)⁷⁴. Aufgrund der erheblichen "Widerstandsschranke" ist eine analytische Psychotherapie bei den Koronarpatienten in der Regel von vornherein zum Scheitern verurteilt.^{34,74} In einem eher verhaltenstherapeutischen Ansatz läßt sich das koronare Risikoverhalten (Typ A Verhalten) dagegen möglicherweise ändern.⁶¹ Sinnvoll kann für die Koronarkranken der Einsatz einer stützenden, problemorientierten Psychotherapie¹ oder eine Einführung in Entspannungstechniken wie das autogene Training⁶⁹ sein. In jedem Fall bietet eine integrierte medizinische und psychotherapeutische Betreuung in Gruppen zumindest in der Behandlung und Rehabilitation von Infarktpatienten entscheidende Vorteile.^{12,73,117} Hier können zum einen allgemeine medizinische Ratschläge gegeben, psychische Probleme und Risikoverhaltensweisen besprochen und angegangen werden. Zum anderen lassen sich durch ein gemein-

sames körperliches Trainingsprogramm, d. h. durch die Aktivität und Solidarität in der Gruppe, Gefühle von Angst und Depression schon prophylaktisch am besten bekämpfen.

Wichtig sind ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient und eine Einbeziehung des Ehepartners in die Rehabilitationsbemühungen. ¹¹⁶

Dann mag es selbst nach der Grenzerfahrung eines Herzinfarkts gelingen, dem Leben des bisher häufig sehr leistungsbezogenen Koronarpatienten einen neuen, ursprünglicheren Sinn zu geben. Gerade dem Koronarkranken fällt es sehr schwer, in seinen Möglichkeiten begrenzt zu sein oder sich selbst Grenzen zu setzen.

Grenzerfahrung ist aber immer auch eine Chance - eine Chance zu einem neuen, bewußteren Leben:

" Unsere Welt hat Grenzen. Unser Leben hat Grenzen. Unser Raum hat Grenzen. Unsere Zeit hat Grenzen. Grenzen können trennen, bedrücken und abstoßen. An die Grenze der eigenen Möglichkeiten zu geraten, kann entmutigen ... Es gibt Menschen, die .. Grenzerfahrung haben. Sie haben den Augenblick erlebt, in dem sie dem Tod näher waren als dem Leben - hart an der äußersten Grenze. Und sie haben dann die beglückende Erfahrung gemacht, daß Ihnen buchstäblich wieder Leben zugewachsen ist ... Solche Grenzerfahrung, das mag paradox klingen, kann ein unvergleichliches Geschenk sein. Man darf nur diese Stunden, Tage und Wochen an der Grenze nicht verdrängen ... "

(Hanselmann in Roser, 1979; S. 9/10) ⁷⁵

Z U S A M M E N F A S S U N G

Die koronare Herzkrankheit in ihren klinischen Manifestationsformen Herzinfarkt und Angina Pectoris stellt in den Industriestaaten der Erde seit Anfang des 20. Jahrhunderts eine der häufigsten Todesursachen dar. Seit der ersten detaillierten klinischen Beschreibung der " Angina Pectoris " 1772 durch den Engländer William Heberden haben immer wieder Ärzte auf einen Zusammenhang zwischen Psyche, Emotionalität und koronarer Herzkrankheit aufmerksam gemacht. In einer primär organbezogenen Medizin werden freilich auch heute noch psychische und emotionale Faktoren in ihrer Bedeutung für die koronare Herzkrankheit in der Praxis oft vernachlässigt.

In der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene psychosomatische Aspekte zur Pathogenese und zum Verlauf der koronaren Herzkrankheit in einer Untersuchung zusammengefaßt: Es ging dabei um die Frage der koronaren Risikopersonlichkeit, um eventuell vorbestehende emotionale Belastungen und um mögliche psychische Reaktionen auf die Erkrankung; einbezogen wurden 12 eigene Fallbeispiele, die sich auf eine Auswertung von insgesamt etwa 70 psychiatrischen Konsiliarberichten im Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität München aus den Jahren 1981 bis 1983 stützen. Besonderer Wert wurde im Rahmen der Arbeit darauf gelegt, maßgebliche Ergebnisse in der psychosomatischen Literatur jeweils zu den eigenen Fallbeispielen in Beziehung zu setzen und im Zusammenhang zu diskutieren.

Zunächst wurde die Frage der Primär- oder Risikopersonlichkeit für die koronare Herzkrankheit insgesamt, also für Herzinfarkt u n d Angina Pectoris, untersucht:

Dabei zeigte sich, daß seit der ersten Beschreibung eines Persönlichkeitsprofils für die koronare Herzkrankheit durch William Osler (1910) in der Literatur weitgehend übereinstimmende Persönlichkeitsmerkmale für die Koronarkranken oder Koronargefährdeten angeführt worden sind. Als besonders typisch sind die Ausrichtung an Erfolg und Leistung, der Ehrgeiz, das Dominanzstreben, die Aggressivität und das übertriebene Arbeitsverhalten herausgestellt worden. Einige Untersucher haben auf den Perfektionismus und die verstärkte rationale Gefühlskontrolle als Merkmale einer zwanghaften Rigidität hingewiesen.

Die größte Bedeutung in der psychosomatischen Forschung hat zweifelsohne das sogenannte Typ A Modell einer koronaren Risikopersönlichkeit erlangt. Die beiden amerikanischen Kardiologen Friedman und Rosenman haben dieses Modell seit Ende der Fünfziger-Jahre aufgrund von eigenen klinischen Beobachtungen entwickelt. Inzwischen haben sich zahlreiche, im einzelnen nicht mehr überschaubare Studien mit den psychologischen und physiologischen Grundlagen des Typ A Konzepts und mit der Beziehung zur koronaren Herzkrankheit auseinandergesetzt.

Die Typ A Persönlichkeit ist zunächst durch eine Trias aus ehrgeizigem Konkurrenzverhalten, ungeduldigem Zeitdruckverhalten und - offener oder verdeckter - aggressiver Feindseligkeit gekennzeichnet. Typisch sind weiter eine Überbetonung von Arbeit und Leistung, eine rastlose Aktivität sowie - als möglicherweise eigentliche Ursache für das aggressive Konkurrenz- und Zeitdruckverhalten (Typ A Verhalten) - ein ausgeprägtes Streben nach Dominanz und Kontrolle über die Umwelt. Während neurotische Züge nicht vermehrt anzutreffen sind, werden bei der Typ A Persönlichkeit oftmals charakteristische Auffälligkeiten in der Psychomotorik und Sprechweise beobachtet.

Männer mit dem geschilderten Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster unterliegen unabhängig von bekannten orga-

nischen Risikofaktoren wie Rauchen, Hyperlipidämie, Hypertonie und Diabetes mellitus einem deutlich erhöhten Risiko, bis etwa zu ihrem 65. Lebensjahr an einem Herzinfarkt oder einer Angina Pectoris zu erkranken.

Ein Zusammenhang zwischen dem Typ A Persönlichkeits- und Verhaltensmuster und der koronaren Herzkrankheit darf für Männer heute als gesichert gelten. Unklar oder zweifelhaft bleibt jedoch, ob das Typ A Modell eine allgemeine Gültigkeit (zum Beispiel auch für Frauen) oder eine Spezifität für die koronare Herzkrankheit besitzt.

Inhaltlich sollte das Typ A Konzept einer koronaren Risikopersönlichkeit um eine Komponente zwanghafter Rigidität erweitert werden.

Ausgehend von Ergebnissen in der psychosomatischen Literatur und von den eigenen Fallbeispielen wurde in der vorliegenden Arbeit ein eigenes Modell der Koronarpersönlichkeit entworfen, das Merkmale eines Typ A Verhaltens und einer zwanghaften Rigidität in sich vereinigt. In einem solchen Ansatz ließen sich folgende Persönlichkeitsmerkmale zum relativ typischen, wenn auch nicht unbedingt spezifischen Bild einer Koronarpersönlichkeit zusammenfassen:

1. Es liegt eine zwanghaft-perfektionistische Grundhaltung vor.
2. Ein ausgeprägtes Streben nach Dominanz und Kontrolle über die Umwelt hat häufig ein ehrgeiziges Konkurrenzverhalten und ein ungeduldiges Zeitdruckverhalten (Typ A Verhalten) zur Folge.
3. Eine Desintegration von Rationalität und Emotionalität äußert sich in einer Überbetonung von Arbeit und Leistung und in einem hohen Maß an rationaler Kontrolle gegenüber Gefühlen.
4. Es besteht eine Aggressionsproblematik. Die meist beträchtliche Aggressivität findet oft nur in einer aggressiv gesteigerten Aktivität ihren Ausdruck.

Obwohl noch viele Fragen offen sind, dürfte das beschriebene Modell einer Koronarpersönlichkeit zumindest für Männer durchaus eine - auch praktisch-klinische - Relevanz haben. Die Suche nach einer koronaren Risikopersönlichkeit, die in sich Merkmale einer zwanghaften Rigidität und eines Typ A Verhaltens vereinigt, ist sicher um so mehr angebracht, je jünger die Koronarpatienten sind und je weniger sich typisch organische Risikofaktoren nachweisen lassen.

Über die Konstellation einer bestimmten Risikopersönlichkeit hinaus wurde in der vorliegenden Arbeit die Bedeutung vorbestehender emotionaler Belastungen für die koronare Herzkrankheit am Beispiel des Herzinfarkts untersucht:

Dabei wurde deutlich, daß einem Herzinfarkt längerfristig Depressionen sowie Gefühle zunehmender innerer Spannung und Hilflosigkeit vorausgehen können. In der mehr akuten Auslösesituation sind Objektverluste im Sinne einer Trennung von nahestehenden Bezugspersonen oder frustrationsreiche Doppelkonflikte im Privatleben und im Beruf bedeutsam. Ähnliche emotionale Belastungen lassen sich freilich in der Vorgeschichte vieler Erkrankungen ausmachen. Eine spezifische emotionale Auslösesituation für den Herzinfarkt anzugeben, erscheint selbst unter Berücksichtigung der typischen Primärpersönlichkeit vieler Koronarkrankter kaum möglich. Interessant sind immerhin Theorien, die erst die Kombination von vorbestehender Depression und koronarer Risikopersönlichkeit als entscheidend für die spätere Infarktentstehung annehmen.

Im Anschluß an die Bedeutung vorbestehender emotionaler Belastungen für die koronare Herzkrankheit wurden in der

vorliegenden Arbeit - wiederum am Beispiel des Herzinfarkts - mögliche psychische Reaktionen auf die Erkrankung untersucht. Aus den eigenen Fallbeispielen und den Veröffentlichungen in der Literatur konnten folgende Ergebnisse abgeleitet werden:

Die drei hauptsächlichsten psychischen Reaktionen nach einem Herzinfarkt sind Angst, Depression und ein Verleugnen der Erkrankung. Diese Reaktionen kennzeichnen den vitalbedrohten Patienten im allgemeinen. Aus der Art der Erkrankung und der typischen Persönlichkeitsstruktur resultieren beim Infarktpatienten allerdings einige Besonderheiten:

Der Infarktpatient dürfte in hohem Maß zu einer Haltung neigen, die den Herzinfarkt nicht wahrhaben will und in allen seinen Konsequenzen verleugnet. Diese verleugnende Reaktion soll Gefühle von Angst und Depression abwehren. Auf der Intensivstation erleichtert sie dem Infarktpatienten die Bewältigung von Todesängsten und Todeserfahrungen. Gefährlich ist eine die Infarkterkrankung verleugnende Haltung, wenn sie unmittelbar nach dem Herzinfarkt zu einer verzögerten Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe und später zu einem dauerhaften Widerstand gegenüber ärztlichen Verordnungen, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen führt. Eine " vorübergehende paranoide Psychose mit klarem Bewußtsein " ist von Soloff (1977/1978) als eine seltene, akute Komplikation nach Zusammenbrechen einer ausgeprägten Verleugnungsreaktion interpretiert worden.

Während eine übersteigerte oder lang anhaltende Verleugnungsreaktion den Infarktpatienten vor allem körperlich gefährdet (zum Beispiel im Hinblick auf einen möglichen Reinfarkt), können Angst und Depression ihn seelisch schwer belasten - im Extremfall bis hin zu einer dauerhaften psychisch bedingten Invalidität.

Die Angst des Infarktpatienten ist primär eine Todesangst. Die Angst vor einem tödlichen Reinfarkt kann sich unter Umständen bis zu einer phobischen Herzangst steigern. Zu der Angst vor dem körperlichen Tod tritt oft eine Angst vor dem sozialen Tod. Todesängste und Depressionen bestehen bei den Patienten manchmal noch Jahre nach dem Herzinfarkt nebeneinander.

Depressionen sind das vielleicht überhaupt größte psychologische Hindernis für eine erfolgreiche Rehabilitation der Infarktpatienten. Der Patient erlebt seinen Herzinfarkt nicht selten als traumatischen Ich-Infarkt, der ihn weit über die körperliche Erkrankung hinaus schwer in seinem Selbstwertgefühl trifft oder gar im Kern seiner Persönlichkeit und seines Lebens in Frage stellt. Der bisher häufig sehr leistungsbezogene Patient fühlt sich nach seinem Infarkt oft nurmehr als ein " halber Mensch ". In die depressive Reaktion auf einen Herzinfarkt gehen auch soziokulturelle und mythische Aspekte ein. Eine eventuelle organische Ursache für die Depression muß beim Infarktpatienten zusätzlich mitberücksichtigt werden.

Auf therapeutische Gesichtspunkte, wie sie sich aus den emotionalen Reaktionen und der typischen Persönlichkeitsstruktur vieler Koronarkrankter ergeben, konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht im einzelnen eingegangen werden. Eine integrierte medizinische und psychotherapeutische Betreuung in Gruppen bietet zumindest in der Behandlung und Rehabilitation von Infarktpatienten entscheidende Vorteile. Hier können sowohl allgemeine medizinische Ratschläge gegeben, als auch psychische Probleme und Risikoverhaltensweisen besprochen und angegangen werden.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1. Adsett, C. A. and Bruhn, J. G.:
Short-term Group Psychotherapy for Postmyocardial
Infarction Patients and their Wives
Can Med Assoc J 99: 577 - 584, 1968
2. Ahnve, S.; De Faire, U.; Orth-Gomér, K.; Theorell, T.:
Type A Behavior in Patients with Non-coronary
Chest Pain Admitted to a Coronary Care Unit
J Psychosom Res 23: 219 - 223, 1979
3. Alexander, F.:
Psychosomatische Medizin
De Gruyter; Berlin; 1951
4. Appels, A.:
Psychological Prodromata of Myocardial Infarction
and Sudden Death
Psychother Psychosom 34: 187 - 195, 1980
5. Arlow, J. A.:
Identification Mechanisms in Coronary Occlusion
Psychosom Med 7: 195 - 209, 1945
6. Bahnson, C. B. and Wardwell, W. I.:
Parent Constellation and Psychosexual Identifica-
tion in Male Patients with Myocardial Infarction
Psychol Rep 10: 831 - 852, 1962
7. Barefoot, J. C.; Dahlstrom, W. G.; Williams, R. B.(jr.):
Hostility, Coronary Heart Disease Incidence, and
Total Mortality: A 25-Year Follow-up Study ...
Psychosom Med 45: 59 - 63, 1983

8. Bastiaans, J.:
Psychoanalytic Investigations on the Psychic
Aspects of Acute Myocardial Infarction
Psychother Psychosom 16: 202 - 209, 1968
9. Bersier, A.:
A propos de Processus Psychopathologiques Pré-
cédant et Accompagnant l' Infarctus du Myocarde
Thèse No. 3619 (Dissertation);
Université de Genève; 1977
10. Bianchi, G.; Fergusson; D.; Walshe, J.:
Psychiatric Antecedents of Myocardial Infarction
Med J Aust 1: 297 - 301, 1978
11. Billings, C. K. (jr):
Management of Psychologic Responses to Myocardial
Infarction
South Med J 73: 1367 - 1371, 1980
12. Bilodeau, C. B. and Hackett, T. P.:
Issues Raised in a Group Setting by Patients
Recovering from Myocardial Infarction
Am J Psychiatry 128: 73 - 78, 1971
13. Blumenthal, J. A.; Williams, R. B.; Kong, Y.; Schan-
berg, S. M.; Thompson, L. W.:
Type A Behavior Pattern and Coronary Atheroscle-
rosis
Circulation 58: 634 - 639, 1978
14. Bortner, R. W.:
A Short Rating Scale as a Potential Measure of
Pattern A Behavior
J Chronic Dis 22: 87 - 91, 1969

15. Bräutigam, W. und Christian, P.:
Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes
Lehrbuch
Thieme; Stuttgart, New York; 1981 (3. Aufl.)
16. Bruhn, J. G.; Paredes, A.; Adsett, C. A.; Wolf, S.:
Psychological Predictors of Sudden Death in
Myocardial Infarction
J Psychosom Res 18: 187 - 191, 1974
17. Bundesamt, Statistisches (als Herausgeber):
Statistisches Jahrbuch 1984 für die Bundesrepu-
blik Deutschland; S. 398/399
Kohlhammer; Stuttgart, Mainz; 1984
18. Burke, R. J. and Weir, T.:
Personality, Value and Behavioral Correlates
of the Type A Individual
Psychol Rep 46: 171 - 181, 1980
19. Burke, R. J.:
Interpersonal Behavior and Coping Styles of
Type A Individuals
Psychol Rep 51: 971 - 977, 1982
20. Byrne, D. G. and Whyte, H. M.:
A Typology of Responses to Illness in Survivors
of Myocardial Infarction
Int J Psychiatry Med 9: 135 - 145, 1978-79
21. Cady, L. D.; Gertler, M. M.; Gottsch, L. G.; Wood-
bury, M. A.:
The Factor Structure of Variables Concerned
with Coronary Artery Disease
Behav Sci 1: 37 - 41, 1961

22. Carruthers, M. E.:
Aggression and Atheroma
Lancet 2: 1170 - 1171, 1969
23. Cassem, N. H. and Hackett, T. P.:
Psychiatric Consultation in a Coronary Care
Unit
Ann Intern Med 75: 9 - 14, 1971
24. Cassem, N. H. and Hackett, T. P.:
Psychological Rehabilitation of Myocardial
Infarction Patients in the Acute Phase
Heart Lung 2: 382 - 388, 1973
25. Cay, E. L.; Vetter, N.; Philip, A.; Dugard, P.:
Return to Work after a Heart Attack
J Psychosom Res 17: 231 - 243, 1973
26. Cay, E. L.:
Psychological Approach in Patients after a
Myocardial Infarction
Adv Cardiol 24: 120 - 126, 1978
27. Chesney, M. A.; Black, G. W.; Chadwick, J. H.;
Rosenman, R. H.:
Psychological Correlates of the Type A
Behavior Pattern
J Behav Med 4: 217 - 229, 1981
28. Cleveland, S. E. and Johnson, D. L.:
Personality Patterns in Young Males with
Coronary Disease
Psychosom Med 24: 600 - 610, 1962

29. Connolly, J.:
Life Events before Myocardial Infarction
J Human Stress 4: 3 - 17, 1976
30. Cooper, T. (Review Panel Chairman) et al.
Coronary-prone Behavior and Coronary Heart Disease: A Critical Review. The Review Panel on Coronary-prone Behavior and Coronary Heart Disease
Circulation 63: 1199 - 1215, 1981
31. Cottier, C.; Adler, R.; Vorkauf, H.; Gerber, R.; Hefer, T.; Hürny, C.:
Pressured Pattern or Type A Behavior in Patients with Peripheral Arteriovascular Disease: Controlled Retrospective Exploratory Study
Psychosom Med 45: 187 - 193, 1983
32. Crisp, A. H.; Queenan, M.; D' Souza, M. F.:
Myocardial Infarction and the Emotional Climate
Lancet 1: 616 - 619, 1984
33. Croog, S. H.; Shapiro, D. S.; Levine, S.:
Denial among Male Heart Patients. An Empirical Study
Psychosom Med 33: 385 - 397, 1971
34. De Boor, C.:
Vorläufige Zusammenfassung der Beobachtungen bei Herzinfarktpatienten
- Schriftliche Mitteilungen, 1967
zitiert nach: Hahn, 1971: S. 67
35. Diamond, E. L.:
The Role of Anger and Hostility in Essential Hypertension and Coronary Heart Disease (A Review)
Psychol Bull 92: 410 - 433, 1982

36. Dimsdale, J. E.; Hackett, T. P.; Hutter, A. M.;
Block, P. C.; Catanzano, D.:
Type A Personality and Extent of Coronary Atherosclerosis
Am J Cardiol 42: 583 - 586, 1978
37. Dongier, M.:
Psychosomatic Aspects in Myocardial Infarction
in Comparison with Angina Pectoris
Psychother Psychosom 23: 123 - 131, 1974
38. Dovenmuehle, R. H. and Verwoerdt, A.:
Physical Illness and Depressive Symptomatology.
I Incidence of Depressive Symptoms in Hospitalized Cardiac Patients
J Am Geriatr Soc 10: 932 - 947, 1962
39. Dovenmuehle, R. H. and Verwoerdt, A.:
Physical Illness and Depressive Symptomatology.
II Factors of Length and Severity of Illness
and Frequency of Hospitalization
J Gerontol 18: 260 -266, 1963
40. Dreyfuss, F.; Dasberg, H.; Assael, M. I.:
The Relationship of Myocardial Infarction to
Depressive Illness
Psychother Psychosom 17: 73 - 81, 1969
41. Druss, R. G. and Kornfeld, D. S.:
The Survivors of Cardiac Arrest: A Psychiatric
Study
JAMA 201: 291 - 296, 1967
42. Dunbar, H. F.:
Psychosomatic Diagnosis
Paul B. Hoeber, Inc.; New York; 1943

43. Egger, J.:
Zur Bedeutung der Persönlichkeitsstruktur für
die Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit
und deren Veränderung durch eine stationäre
Rehabilitationsbehandlung
Öff Gesundheitswes 44: 209 -218, 1982
44. Engel, G. L.:
Sudden and Rapid Death during Psychological
Stress. Folklore or Wisdom?
Ann Intern Med 74: 771 - 782, 1971
45. Eschmann, E. W.:
Das Herz in Kult und Glauben
in: Das Herz - eine Monographie in Einzeldar-
stellungen
Dr. Karl Thomae GmbH; Biberach; 1966
46. Frank, K. A.; Heller, S. S.; Kornfeld, D. S.; Sporn,
A. A.; Weiss, M. B.:
Type A Behavior Pattern and Coronary Angiographic
Findings
JAMA 240: 761 - 763, 1978
47. Freyberger, H.; Haan, D.; Müller-Wieland, K.:
Psychosomatische Aufgabenbereiche auf Intensiv-
behandlungsstationen
Internist 10: 240 - 243, 1969
48. Friedman, M. and Rosenman, R. H.:
Comparison of Fat Intake of American Men and Wo-
man. Possible Relationship to Incidence of Clini-
cal Coronary Artery Disease
Circulation 16: 339 - 347, 1957

49. Friedman, M.; Rosenman, R. H.; Carroll, V.:
Changes in the Serum Cholesterol and Blood Clot-
ting Time in Men Subjected to Cyclic Variation
of Occupational Stress
Circulation 17: 852 - 861, 1958
50. Friedman, M. and Rosenman, R. H.:
Association of Specific Overt Behavior Pattern
with Blood and Cardiovascular Findings - Blood
Cholesterol Level, Blood Clotting Time, Inci-
dence of Arcus Senilis and Clinical Coronary
Artery Disease
JAMA 169: 1286 - 1296, 1959
51. Friedman, M. and Rosenman, R. H.:
Overt Behavior Pattern in Coronary Disease:
Detection of Overt Behavior Pattern A in Patients
with Coronary Disease by a New Psychophysiologi-
cal Procedure
JAMA 173: 1320 - 1325, 1960
52. Friedman, M.; George, S. S.; Byers, S. O.; Rosen-
man, R. H.:
Excretion of Catecholamines, 17-Ketosteroids, 17-
Hydroxy- corticoids and 5-Hydroxyindole in Men
Exhibiting a Particular Behavior Pattern (A)
Associated with High Incidence of Clinical Coro-
nary Artery Disease
J Clin Invest 39: 758 - 764, 1960
53. Friedman, M.; Rosenman, R. H.; Byers, S. O.:
Serum Lipids and Conjunctival Circulation after
Fat Ingestion in Men Exhibiting Type A Behavior
Pattern
Circulation 29: 874 - 886, 1964

54. Friedman, M.; Rosenman, R. H.; Straus, R.; Wurm, M.;
Kositchek, R.:
The Relationship of Behavior Pattern A to the
State of the Coronary Vasculature. A Study of
fifty-one Autopsy Subjects
Am J Med 44: 525 - 537, 1968
55. Friedman, M.; Byers, S. O.; Elek, S. R.:
The Induction of Neurogenic Hypercholesterolemia
Proc Soc Exp Biol Med 131: 759 - 762, 1969
56. Friedman, M.; Byers, S. O.; Rosenman, R. H.; Ele-
vitch, F. R.:
Coronary-prone Individuals (Type A Behavior Pat-
tern). Some Biochemical Characteristics
JAMA 212: 1030 - 1037, 1970
57. Friedman, M. and Rosenman, R. H.:
Type A Behavior Pattern: Its Association with Co-
ronary Heart Disease
Ann Clin Res 3: 300 - 312, 1971
58. Friedman, M.; Byers, S. O.; Elek, S. R.:
Neurogenic Hypercholesterolemia.
II Relationship to Endocrine Function
Am J Physiol 223: 473 - 479, 1972
59. Friedman, M. and Rosenman, R. H.:
Type A Behavior and your Heart
Wildwood House; London; 1974
60. Friedman, M.; Byers, S. O.; Diamant, J.; Rosenman, R.H.:
Plasma Catecholamine Response of Coronary-prone
Subjects (Type A) to a Specific Challenge
Metabolism 24: 205 - 210, 1975

61. Friedman, M.; Thoresen, C. E.; Gill, J. J.; Paul, L. H.; Ulmer, D.; Thompson, L. et al.:
Alteration of Type A Behavior and Reduction in Cardiac Recurrences in Postmyocardial Infarction Patients
Am Heart J 108: 237 - 248, 1984
62. Froese, A.; Hackett, T. P.; Cassem, N. H.; Silverberg, E. L.:
Trajectories of Anxiety and Depression in Denying and Non-denying Acute Myocardial Infarction Patients during Hospitalization
J Psychosom Res 18: 413 - 420, 1974
63. Ganelina, I. E. and Kraevsky, Y. M.:
Premorbid Personality Peculiarities in Patients with Cardiac Ischemia
Kardiologiia 11: 40 - 45, 1971 (Engl. Abstr.)
64. Gentry, W. D.; Foster, S.; Haney, T.:
Denial as a Determinant of Anxiety and Perceived Health Status in the Coronary Care Unit
Psychosom Med 34: 39 - 44, 1972
65. Gentry, W. D.; Oude-Weme, J. D.; Musch, F.; Hall, R. P.:
Differences in Types A and B Behavior in Response to Acute Myocardial Infarction
Heart Lung 10: 1101 - 1105, 1981
66. Gildea, E. F.:
Special Features of Personality which are Common to Certain Psychosomatic Disorders
Psychosom Med 11: 273 - 281, 1949

67. Glass, D. C.:
Behavior Patterns, Stress, and Coronary
Disease
Lawrence Erlbaum Associates; Hillsdale, N. J.;
1977
68. Glass, D. C.:
Pattern A Behavior and Uncontrollable Stress
in: Dembroski, T. M. et al.:
Coronary-prone Behavior; S. 147 - 154
Springer; New York, Heidelberg, Berlin; 1978
69. Görlich, H. D. and Langen, D.:
Psychotherapy in Cardiac Patients
in: Stocksmeier, U.:
Psychological Approach to the Rehabilitation of
Coronary Patients; S. 108 - 113
Springer; New York, Heidelberg, Berlin; 1976
70. Gunn, C. G.; Friedman, M.; Byers, S. O.:
Effect of Chronic Hypothalamic Stimulation upon
Cholesterol-induced Atherosclerosis in the
Rabbit
J Clin Invest 39: 1963 - 1972, 1960
71. Hackett, T. P.; Cassem, N. H.; Wishnie, H. A.:
The Coronary Care Unit. An Appraisal of its
Psychological Hazards
N Engl J Med 279: 1365 - 1370, 1968
72. Hackett, T. P. and Cassem, N. H.:
Factors Contributing to Delay in Responding to
the Signs and Symptoms of Acute Myocardial In-
farction
Am J Cardiol 24: 651 - 658, 1969

73. Hackett, T. P.:
The Use of Groups in the Rehabilitation of
the Postcoronary Patient
Adv Cardiol 24: 127 - 135, 1978
74. Hahn, P.:
Der Herzinfarkt in psychosomatischer Sicht
(Analyse und Darstellung der Grundlagen mit
psychosozialen Untersuchungen an 50 männlichen
Herzinfarktpatienten)
Vandenhoeck und Ruprecht; Göttingen; 1971
75. Hanselmann, (D. Dr.) J.:
Geleitwort
in: Roser, H.:
Bewußter leben nach einem Herzinfarkt (Erfah-
rungen und Betrachtungen); S. 9/10
Claudius-Verlag; München; 1979
76. Hawkins, D. R.:
Specificity Revisited: Personality Profiles
and Behavioral Issues
Psychother Psychosom 38: 54 - 63, 1982
77. Haynes, S. G. and Feinleib, M.:
Type A Behavior and the Incidence of Coronary
Heart Disease in the Framingham Heart Study
Adv Cardiol 29: 85 - 95, 1982
78. Hoffmann, S. O. und Hochapfel, G.:
Einführung in die Neurosenlehre und Psychoso-
matische Medizin
Schattauer Verlag; Stuttgart, New York; 1984
(2. Aufl.)

79. Hübschmann, H.
Zur Psychopathologie von Kranken mit Herzinfarkt
Landarzt 43: 1152 - 1157, 1967
80. Jenkins, C. D.; Rosenman, R. H.; Friedman, M.:
Development of an Objective Psychological Test
for the Determination of the Coronary-prone
Behavior Pattern in Employed Men
J Chronic Dis 20: 371 - 379, 1967
81. Jenkins, C. D.; Rosenman, R. H.; Friedman, M.:
Replicability of Rating the Coronary-prone Be-
havior Pattern
Br J Prev Soc Med 22: 16 - 22, 1968
82. Jenkins, C. D.:
Psychologic and Social Precursors of Coronary
Disease (Second of Two Parts)
N Engl J Med 284: 307 - 317, 1971
83. Jenkins, C. D.; Zyzanski, S. J.; Rosenman, R. H.:
Progress toward Validation of a Computer-scored
Test for the Type A Coronary-prone Behavior
Pattern
Psychosom Med 33: 193 - 202, 1971
84. Jenkins, C. D.:
Recent Evidence Supporting Psychologic and Social
Risk Factors for Coronary Disease (Second of Two
Parts)
N Engl J Med 294: 1033 - 1038, 1976
85. Jenkins, C. D.; Zyzanski, S. J.; Rosenman, R. H.:
Coronary-prone Behavior: One Pattern or Several?
Psychosom Med 40: 25 - 43, 1978

86. Jenkins, C. D.:
The Coronary-prone Personality
in: Gentry, W. D.:
Psychological Aspects of Myocardial Infarction
and Coronary Care; S. 5 - 30
Mosby Company; St. Louis, Toronto, London;
1979 (2. ed.)
87. Jenkins, C. D. and Zyzanski, S. J.:
Behavioral Risk Factors and Coronary Heart Disease
Psychother Psychosom 34: 149 - 177, 1980
88. Johnson, R.:
The Cardiac Environment
in: Stocksmeier, U.:
Psychological Approach to the Rehabilitation of
Coronary Patients; S. 62 - 70
Springer; New York, Heidelberg, Berlin; 1976
89. Jordan J.; Overbeck, G.; Joos, W.:
Psychische Bewältigungsmechanismen bei offenen
Herzoperationen in Abhängigkeit von der Persön-
lichkeitsstruktur des Patienten. Die Möglichkei-
ten der Zusammenarbeit zwischen Psychosomatik
und Kardiologie (Eine Kasuistik)
Z Psychosom Med Psychoanal 29: 380 - 403, 1983
90. Jouve, A.; Dongier, M.; Delage, M; Mayaud, R.:
Recherches Psychosomatiques en Cardiologie.
II Etude Comparée de 100 Sujets Atteints d'
Angor Coronarien ou d' Infarctus du Myocarde
et de 100 Sujets Témoins
Presse Med 69: 2545 - 2548, 1961

91. Keith, R. A.:
 Personality and Coronary Heart Disease:
 A Review
 J Chronic Dis 19: 1231 - 1243, 1966
92. Kemple, C.:
 Rorschach Method and Psychosomatic Diagnosis.
 Personality Traits of Patients with Rheumatic
 Disease, Hypertensive Cardiovascular Disease,
 Coronary Occlusion, and Fracture
 Psychosom Med 7: 85 - 89, 1945
93. Keys, A.; Aravanis, C.; Blackburn, H.; Van Buchem,
 F. S. P.; Buzina, R.; Djordjevic, B. S. et al.:
 Probability of Middle-aged Men Developing Coro-
 nary Heart Disease in Five Years
 Circulation 45: 815 - 828, 1972
94. Krantz, D. S.; Lynn, A. D.; Davia, J. E.; Shaffer, R.T.;
 Arabian, J. M.; Dembroski, T. M.; MacDougall, J. M.:
 J Human Stress 8: 4 - 12, 1982
95. Krantz, D. S.; Arabian, J. M.; Davia, J. E.; Parker,
 J. S.:
 Type A Behavior and Coronary Artery Bypass Surge-
 ry: Intraoperative Blood Pressure and Periopera-
 tive Complications
 Psychosom Med 44: 273 - 284, 1982
96. Langosch, W.:
 Personality Structure and Actual Condition of
 Patients with Heart Diseases
 in: Stocksmeier, U.:
 Psychological Approach to the Rehabilitation of
 Coronary Patients; S. 42 - 48
 Springer; New York; Heidelberg, Berlin; 1976

97. Leibowitz, J. O.:
The History of Coronary Heart Disease;
S. 163 - 166
Wellcome Institute of the History of Medicine;
London; 1970
98. Marty, P.; de M' Uzan, M.; David, C.:
L' Investigation Psychosomatique
Presses Universitaires; Paris; 1957
99. Matthews, K. A.; Glass, D. C.; Rosenman, R. H.; Bortner, R. W.:
Competitive Drive, Pattern A, and Coronary Heart Disease: A Further Analysis of Some Data from the Western Collaborative Group Study
J Chronic Dis 30: 489 - 498, 1977
100. Matthews, K. A.:
Psychological Perspectives on the Type A Behavior Pattern
Psychol Bull 91: 293 - 323, 1982
101. Mayou, R.; Williamson, B.; Foster, A.:
Outcome Two Months after Myocardial Infarction
J Psychosom Res 22: 439 - 445, 1978
102. Mayou, R.; Foster, A.; Williamson, B.:
Psychosocial Adjustment in Patients One Year after Myocardial Infarction
J Psychosom Res 22: 447 - 453, 1978
103. McLane, M.; Krop, H.; Mehta, J.:
Psychosexual Adjustment and Counseling after Myocardial Infarction
Ann Intern Med 92: 514 - 519, 1980

104. Menninger, K. A. and Menninger, W. C.:
Psychoanalytic Observations in Cardiac Disorders
Am Heart J 11: 10 -21, 1936
105. Meyer-Heisig, E.:
Das Herz in der Volkskunst
in: Das Herz - eine Monographie in Einzeldarstellungen
Dr. Karl Thomae GmbH; Biberach; 1968
106. Michaels, L.:
Aetiology of Coronary Artery Disease:
An Historical Approach
Br Heart J 28: 258 - 264, 1966
107. Miles, H. H. W.; Waldfogel, S.; Barrabee, E. L.;
Cobb, S.:
Psychosomatic Study of 46 Young Men with Coronary Artery Disease
Psychosom Med 16: 455 - 477, 1954
108. Miller, A.:
Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst
Suhrkamp TB Nr. 950; 1983 (1. dt. Aufl.)
109. Miller, C. K.:
Psychological Correlates of Coronary Artery Disease
Psychosom Med 27: 257 - 265, 1965
110. Minc, S.; Sinclair, G.; Taft, R.:
Some Psychological Factors in Coronary Heart Disease
Psychosom Med 25: 133 - 139, 1963

111. Mordkoff, A. M. and Parsons, O. A.:
The Coronary Personality: A Critique
Psychosom Med 29: 1 - 14, 1967
112. Nemiah, J. C.:
Alexithymia. Theoretical Considerations
Psychother Psychosom 28: 199 - 206, 1977
113. Olin, H. S. and Hackett, T. P.:
The Denial of Chest Pain in 32 Patients with
Acute Myocardial Infarction
JAMA 190: 977 - 981, 1964
114. Osler, W.:
The Lumleian Lectures on Angina Pectoris
Lancet 1: 839 - 844, 1910
115. Ostfeld, A. M.; Lebovits, B. Z.; Shekelle, R. B.;
Paul, O.:
A Prospective Study of the Relationship between
Personality and Coronary Heart Disease
J Chronic Dis 17: 265 - 276, 1964
116. Pasnau, R. O.:
Psychiatric Considerations in Coronary Artery
Disease
Bull Menninger Clin 48: 209 - 220, 1984
117. Rahe, R. H.; O' Neil, T.; Hagan, A.; Arthur, R. J.:
Brief Group Psychotherapy Following Myocardial
Infarction: Eighteen-month Follow-up of a Con-
trolled Trial
Int J Psychiatry Med 6: 349 - 358, 1975

118. Razin, A. M.:
Psychosocial Intervention in Coronary Artery
Disease: A Review
Psychosom Med 44: 363 - 387, 1982
119. Reiser, M. F.:
Emotional Aspects of Cardiac Disease
Am J Psychiatry 107: 781 - 785, 1951
120. Revers, W. J.:
Herzinfarkt und Psyche
Hans Huber - Verlag; Bern, Stuttgart, Wien; 1978
121. Rosen, J. L. and Bibring, G. L.:
Psychological Reactions of Hospitalized Male
Patients to a Heart Attack. Age and Social
Class Differences
Psychosom Med 28: 808 - 821, 1966
122. Rosenman, R. H. and Friedman, M.:
Association of Specific Behavior Pattern in
Women with Blood and Cardiovascular Findings
Circulation 24: 1173 - 1184, 1961
123. Rosenman, R. H.; Friedman, M.; Straus, R.; Wurm, M.;
Kositchek, R.; Hahn, W.; Werthessen, N. T.:
A Predictive Study of Coronary Heart Disease.
The Western Collaborative Group Study
JAMA 189: 15 - 22, 1964
124. Rosenman, R. H.; Friedman, M.; Jenkins, C. D.; Straus,
R.; Wurm, M.; Kositchek, R.:
The Prediction of Immunity to Coronary Heart
Disease
JAMA 198: 1159 - 1162, 1966

125. Rosenman, R. H.:
Prospective Epidemiological Recognition of the
Candidate for Ischemic Heart Disease
Psychother Psychosom 16: 193 - 201, 1968
126. Rosenman, R. H. and Friedman, M.:
Neurogenic Factors in Pathogenesis of Coronary
Heart Disease
Med Clin North Am 58: 269 - 279, 1974
127. Rosenman, R. H.; Brand, R. J.; Jenkins, C. D.; Fried-
man, M.; Straus, R.; Wurm, M.:
Coronary Heart Disease in the Western Collabora-
tive Group Study. Final Follow-up Experience
of 8 1/2 Years
JAMA 233: 872 - 877, 1975
128. Rosenman, R. H.:
The Interview Method of Assessment of the Coro-
nary-prone Behavior Pattern
in: Dembroski, T. M. et al.:
Coronary-prone Behavior; S. 55 - 69
Springer; New York, Heidelberg, Berlin; 1978
129. Schäfer, H. und Blohmke, M.:
Herzkrank durch psychosozialen Stress
Hüthig; Heidelberg; 1977
zitiert nach: Egger, 1982: S. 212
130. Scherwitz, L.; McKelvain, R.; Laman, C.; Patterson,
J.; Dutton, L.; Yusim, S.; Lester, J. et al.:
Type A Behavior, Self-involvement, and Coro-
nary Atherosclerosis
Psychosom Med 45: 47 - 57, 1983

131. Schettler, G. (u. a.):
Innere Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch.
Band I ; S. 228
Thieme; Stuttgart, New York; 1984 (6. Aufl.)
132. Schmale, A. H. (jr.):
Relationship of Separation and Depression to
Disease
Psychosom Med 20: 259 - 277, 1958
133. Schucker, B. and Jacobs, D. R.:
Assessment of Behavioral Risk for Coronary
Disease by Voice Characteristics
Psychosom Med 39: 219 - 228, 1977
134. Soloff, P. H.:
Denial and Rehabilitation of the Postinfarction
Patient
Int J Psychiatry Med 8: 125 - 132, 1977-78
135. Soloff, P. H.:
The Liaison Psychiatrist in Cardiovascular Reha-
bilitation: An Overview
Int J Psychiatry Med 8: 393 - 402, 1977-78
136. Stern, M. J.; Pascale, L.; McLoone, J. B.:
Psychosocial Adaptation Following an Acute Myo-
cardial Infarction
J Chronic Dis 29: 513 - 526, 1976
137. Stevens, J. H.; Turner, C. W.; Rhodewalt, F.; Tal-
bot, S.:
The Type A Behavior Pattern and Carotid Artery
Atherosclerosis
Psychosom Med 46: 105 - 113, 1984

138. Stocksmeier, U.:
Medical and Psychological Aspects of Coronary
Heart Disease
in: Stocksmeier, U.:
Psychological Approach to the Rehabilitation of
Coronary Patients; S. 9 - 19
Springer; New York, Heidelberg, Berlin; 1976
139. Theorell, T. and Rahe, R. H.:
Psychosocial Factors and Myocardial Infarction.
I An Inpatient Study in Sweden
J Psychosom Res 15: 25 - 31, 1971
140. Theorell, T.; Lind, E.; Flodérus, B.:
The Relationship of Disturbing Life-changes and
Emotions to the Early Development of Myocardial
Infarction and Other Serious Illnesses
Int J Epidemiol 4: 281 - 293, 1975
141. Thiel, H. G.; Parker, D.; Bruce, T. A.:
Stress Factors and the Risk of Myocardial In-
farction
J Psychosom Res 17: 43 - 57, 1973
142. Uhley, H. N. and Friedman, M.:
Blood Lipids, Clotting and Coronary Atheroscle-
rosis in Rats Exposed to a Particular Form of
Stress
Am J Physiol 197: 396 - 398, 1959
143. Van der Valk, J. M. and Groen, J. J.:
Personality Structure and Conflict Situation in
Patients with Myocardial Infarction
J Psychosom Res 11: 41 - 46, 1967

144. Van Dijk, H.:
Myocardial Infarction Patients and Heightened
Aggressiveness / Hostility
J Psychosom Res 26: 203 - 208, 1982
145. Van Doornen, L. J. P.:
The Coronary Risk Personality: Psychological
and Psychophysiological Aspects
Psychother Psychosom 34: 204 - 215, 1980
146. Van Heijningen, H. K. and Treurniet, N.:
Psychodynamic Factors in Acute Myocardial
Infarction
Int J Psychoanal 47: 370 - 374, 1966
147. Verwoerdt, A. and Dovenmuehle, R. H.:
Heart Disease and Depression
Geriatrics 19: 856 - 864, 1964
148. Viswanathan, R. and Vizner, T.:
The Experience of Myocardial Infarction as
a Threat to One's Personal Adequacy
Gen Hosp Psychiatry 6: 83 - 89, 1984
149. Weisman, A. D. and Hackett, T. P.:
Predilection to Death. Death and Dying as a
Psychiatric Problem
Psychosom Med 23: 232 - 256, 1961
150. Weiss, E.; Dlin, B.; Rollin, H. R.; Fischer, H. K.;
Bepler, C. R.:
Emotional Factors in Coronary Occlusion
Arch Intern Med 99: 628 - 641, 1957

151. Williams, R. B. (jr.); Haney, T. L.; Lee, K. L.;
Kong, Y.; Blumenthal, J. A.; Whalen, R. E.:
Type A Behavior, Hostility, and Coronary
Atherosclerosis
Psychosom Med 42: 539 - 549, 1980
152. Wishnie, H. A.; Hackett, T. P.; Cassem, N. H.:
Psychological Hazards of Convalescence Fol-
lowing Myocardial Infarction
JAMA 215: 1292 - 1296, 1971
153. Zyzanski, S. J. and Jenkins, C. D.:
Basic Dimensions within the Coronary-prone
Behavior Pattern
J Chronic Dis 22: 781 - 795, 1970
154. Zyzanski, S. J.; Jenkins, C. D.; Ryan, T. J.; Fles-
sas, A.; Everist, M.:
Psychological Correlates of Coronary Angio-
graphic Findings
Arch Intern Med 136: 1234 - 1237, 1976

A N N A N G

BEHAVIOR PATTERN INTERVIEW / STRUKTURIERTES INTERVIEW (SI)
ZUR ERFASSUNG DER KORONAREN TYP A RISIKOPERSÖNLICHKEIT

(aus: Rosenman in Dembroski, 1978; S. 68/69) ¹²⁸

Introduction: " I would appreciate it if you would answer the following questions to the best of your ability. Your answers will be kept in the strictest confidence. Most of the questions are concerned with your superficial habits, and none of them will embarrass you. " ...

1. May I ask your age please?
2. What is your occupation or job?
 - a) How long have you been in this type of work?
3. Are you satisfied with your job level? (Why not?)
4. Does your job carry heavy responsibility?
 - a) Is there any time when you feel particularly rushed or under pressure?
 - b) When you are under pressure does it bother you?
5. Would you describe yourself as a hard-driving, ambitious type of man (woman) in accomplishing the things you want, getting things done as quickly as possible, or would you describe yourself as a relatively relaxed and easy-going person?
 - a) Are you married?
 - b) How would your wife (husband) describe you -

as hard-driving and ambitious or as relaxed and easy-going?

c) Has she (he) ever asked you to slow down in your work? Never? How would she (he) put it - in her (his) own words?

6. When you get angry or upset, do people around you know about it? How do you show it?
7. Do you think you drive harder to accomplish things than most of your associates?
8. Do you take work home with you? How often?
9. Do you have any children? When they were around the ages of six and eight, did you ever play competitive games with them, like cards, checkers, Monopoly?
 - a) Did you always allow them to win on purpose?
 - b) Why (or why not)?
10. When you play games with people your age, do you play for the fun of it, or are you really in there to win?
11. Is there any competition in your job? Do you enjoy this?
 - a) Are you competitive off the job, sports for example?
12. When you are in your automobile, and there is a car in your lane going far too slowly for you, what do you do about it? Would you mutter and complain to yourself? Would anyone riding with you know that you were annoyed?
13. Most people who work have to get up fairly early in the morning - in your particular case, uh-what-time-uh-do-you-uh, ordinarily uh-uh - to-uh-uh-get-up?

14. If you make a date with someone for, oh, two o'clock in the afternoon, would you be there on time?
 - a) If you are kept waiting, do you resent it?
 - b) Would you say anything about it?
15. If you see someone doing a job rather slowly and you know that you could do it faster and better yourself, does it make you restless to watch him?
 - a) Would you be tempted to step in and do it yourself?
16. What irritates you most about your work or the people with whom you work?
17. Do you eat rapidly? Do you walk rapidly? After you've finished eating, do you like to sit around the table and chat, or do you like to get up and get going?
18. When you go out in the evening to a restaurant and you find eight or ten people waiting ahead of you for a table, will you wait? What will you do while you are waiting?
19. How do you feel about waiting in lines: Bank lines, or Supermarket lines? Post Office lines?
20. Do you always feel anxious to get going and finish whatever you have to do?
21. Do you have the feeling that time is passing to rapidly for you to accomplish all the things you'd like to get done in one day?
 - a) Do you often feel a sense of time urgency? Time pressure?
22. Do you hurry in doing most things?

All right, that completes the interview. Thank you very much.

Herrn Prof. Dr. med. H. Hippius danke ich
für die Annahme meiner Arbeit und für die
Übernahme des Referats.

Herrn Prof. Dr. med. G. Riecker danke ich
für das bekundete Interesse.

Frau Dr. med. S. Richert und Herrn Dr. med. A. Strauß
gilt mein besonderer Dank für die intensive, stets
faire Betreuung und für viele Anregungen.

Frau Dr. med. S. Richert danke ich darüberhinaus für
die freundliche Überlassung der - zu einem guten Teil
von ihr selbst erstellten - psychiatrischen Konsiliar-
berichte.

L E B E N S L A U F

Ich, Martin Werner Grempel, wurde am 16. Januar 1957 als Sohn des damaligen Rechtsreferendars und jetzigen Oberkirchenrats Heinrich Grempel und seiner Ehefrau Jutta (geb. Claus) in Coburg geboren.

Anfang 1961 zog die Familie nach Ansbach / Mittelfranken, wo im November 1961 meine Schwester Eva auf die Welt kam. In Ansbach besuchte ich von 1963 an die Luitpold-Volksschule.

Nach einem erneuten Umzug nach Unterhaching im Frühjahr 1967 schloß ich dort meine Volksschulzeit ab. Vom September 1967 bis zum Abitur im Mai 1976 war ich Schüler am humanistischen Wilhelmsgymnasium in München. Im Anschluß daran leistete ich bis einschließlich Januar 1978 meinen 16-monatigen Zivildienst als Pflegekraft im Städtischen Krankenhaus München-Neuperlach ab.

Zum Sommersemester 1978 begann ich an der Ludwig-Maximilians-Universität München mit dem Medizinstudium. Im März 1980 bestand ich die Ärztliche Vorprüfung. Im klinischen Teil des Studiums famulierte ich unter anderem am Bethesda Lutheran Medical Center in Saint Paul, Minnesota, USA. Die Ausbildung im Praktischen Jahr erfolgte 1983/1984 in der Chirurgie (Zentralklinikum Augsburg), in der Neurologie (Klinikum Großhadern der Universität München) und in der Inneren Medizin / Kardiologie (Städtisches Krankenhaus München-Harlaching). Im Frühjahr 1984 legte ich - nach 12 Semestern Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität München - den letzten Teil der Ärztlichen Prüfung erfolgreich ab; seit 14. Juni 1984 bin ich approbierter Arzt. Nach der Approbation war ich im Rahmen eines Promotionsstudiums mit der vorliegenden Dissertation beschäftigt.

